Klinische Mittheilungen

von der

medicinischen Abtheilung

des

Allgemeinen Krankenhauses in Hamburg.

1862/63.

Von **C. Tüngel**, Dr.



Hamburg.
Otto Meissner.
1864.

Inhalt.

Die Zahl der im Jahre 1862 im Hamburger allgemeinen Krankenhause auf der medizinischen Abtheilung behandelten Kranken überstieg die des vorhergehenden Jahres um ein Geringes; es wurden nämlich nur 93 männliche, 35 weibliche Kranke mehr behandelt. Das Sterblichkeitsverhältniss war im Jahre 1862 wieder etwas ungünstiger und betrug dasselbe 16,29 % für die männlichen, 20,51 % für die weiblichen Kranken, gegen je 15,71 und 20,18 % im vorhergehenden Jahre. Von epidemischen Krankheiten machte sich nur das Wechselfieber bemerklich, welches vom Mai bis August herrschte; jedoch war die Krankheit sehr gutartig. — Die in Hamburg und der Umgegend herrschende Diphtheritis kam im Krankenhause nur in wenigen Fällen zur Beobachtung. — Der acute Gelenkrheumatismus, der Typhus und die Pneumonie kamen in etwas vermehrtem Massstabe vor, Pleuritis weniger, doch kann diesen Abweichungen keine Bedeutung beigelegt werden. — Gegen Ende des Jahres zeigten sich wieder mehr Fälle von Blattern. — In der mit der medizinischen Abtheilung verbundenen Siechenstation, war die Sterblichkeit im Jahre 1862 ebenfalls eine grössere, als im Jahre vorher.

Der Bestand der medizinischen Station war

am 1. Januar 1862 . .	214	männl.,	132	weibl.	Kranke,
Aufnahme von Aussen .	1514	„	745	„	„
„ „ anderen Abtheilungen	64	„	20	„	„
zusammen . .	1792	männl.,	897	weibl.	Kranke.

Von diesen wurden entlassen:

nach Aussen geheilt . . .	880	„	365	„	„
„ „ gebessert . .	293	„	103	„	„
„ „ ungeheilt . .	19	„	18	„	„
nach anderen Abtheilungen	95	„	89	„	„
es starben	292	„	184	„	„
Bestand am 1. Jan. 1863	213	männl.,	138	weibl.	Kranke.

Die grösste Aufnahme war im Januar, die geringste im März; die grösste Sterblichkeit war bei den männlichen Kranken im April, bei den weiblichen im März, die geringste bei beiden Geschlechtern im August.

Von den Gestorbenen befanden sich in dem Alter

von	0	bis	1	Jahr	7	männl.,	5	weibl.	Kranke,
„	1	„	10	„	3	„	6	„	„
„	10	„	20	„	26	„	16	„	„
„	20	„	30	„	81	„	29	„	„
„	30	„	40	„	41	„	19	„	„
„	40	„	50	„	43	„	22	„	„
„	50	„	60	„	48	„	15	„	„
„	60	„	70	„	28	„	38	„	„
„	70	„	80	„	12	„	23	„	„
„	80	„	90	„	2	„	9	„	„
„	90	„	100	„	—	„	1	„	„
	unbestimmt				1	„	1	„	„
					292	männl.,	184	weibl.	Kranke.

In der Siechenstation war der

Bestand am 1. Jan. 1862 .	72	männl.,	74	weibl.	Kranke,
Aufnahme von anderen Abtheilungen	30	„	24	„	„
zusammen . .	102	männl.,	98	weibl.	Kranke.

Von diesen wurden entlassen:

nach Aussen	5	männl.,	4	weibl.	Kranke,
nach anderen Abtheilungen	11	„	4	„	„
es starben	15	„	16	„	„
Bestand am 1. Jan. 1863	71	männl.,	74	weibl.	Kranke.

Der Winter brachte nur vorübergehend stärkere Kälte; die Witterung war sehr veränderlich; das Frühjahr begann früh und zeichnete sich durch ungewöhnliche Wärme aus, der Sommer war dagegen mehr kühl und regnigt, der Herbst wieder warm und in seiner ersten Hälfte sehr schön. Der Winter begann in der zweiten Hälfte des November mit ziemlicher Heftigkeit, die Kälte liess aber sehr bald wieder nach.

Januar.

Abwechselnd Frostwetter und gelindere Witterung mit Regen und Schnee, der Wind war dem entsprechend sehr abwechselnd.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 0°, 93	+ 7°	+ 1°, 3	-- 11°, 4	-- 3°, 1

Grösste Differenz eines Tagee 8°, 3.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
27″, 11‴, 11	28″, 4‴, 8	27″, 6‴, 0

Grösste Differenz eines Tages 6‴, 7.

Aufgenommen: 174 männl., 85 weibl. Kranke.
Gestorben: 29 „ 15 „ „

Vorherrschende Krankheiten: Lungencatarrh, acuter Gelenkrheumatismus, Typhus, Pneumonie.

Februar.

Veränderliche Witterung, meist trübe und nebelige Luft, oft Regen; anfangs mildes Wetter mit Schnee und Regen, dann stärkerer Frost, doch nur von sehr kurzer Dauer; auf feuchtes, mildes Wetter folgten kältere Tage mit trockner Luft. Wind vorherrschend Süd-West.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 1°, 09	+ 8°, 5	+ 3°, 11	— 9°	— 1°, 16

Grösste Differenz eines Tages 9°, 8.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 1‴, 8	28″, 6‴, 0	27″, 9‴, 3

Grösste Differenz eines Tages 5‴, 8.

Aufgenommen: 125 männl., 58 weibl. Kranke.
Gestorben: 29 „ 15 „ „

Vorherrschende Krankheiten: Lungencatarrh, Muskelrheumatismus; die Zahl der Typhuskranken sehr vermindert.

März.

Ungewöhnlich warm und schön; die Temperatur anfangs noch niedrig bei heiterer Luft und Süd-Westwind, dann nach Sturm und Schneefall rasches Steigen der Temperatur, welche in der Mitte des Monats nur wenige Tage etwas sank. Die Windrichtung war vorherrschend südöstlich.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 5°, 03	+ 16°, 6	+ 8°, 7	— 4°, 7	+ 1°, 44

Grösste Differenz eines Tages 12°, 8.

Barometerstand.

Mittlerer	Höchster.	Niedrigster.
27″, 10‴, 7	28″, 5‴, 5	27″, 4‴, 5

Grösste Differenz eines Tages 5‴, 9.

Aufgenommen: 109 männl., 60 weibl. Kranke.
Gestorben: 23 „ 20 „ „

Vorherrschende Krankheiten: Lungencatarrh, obwohl gegen die vorhergehenden Monate im Abnehmen, dann Pneumonie, welche in keinem anderen Monate so häufig zur Behandlung kam; Fälle von Rheumatismus waren wenige.

April.

Die Witterung war anfangs warm und schön, in der Mitte des Monats kühler und veränderlich, gegen Ende desselben aber wieder warm. Die Windrichtung war vorherrschend südwestlich.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 8°, 206	+ 19°, 5	+ 12°, 27	— 0°, 2	+ 4°, 24

Grösste Differenz eines Tages 12°, 9.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 1‴, 1	28″, 7‴, 3	27″, 9‴, 2

Grösste Differenz eines Tages 5‴, 8

Aufgenommen: 137 männl., 60 weibl. Kranke.
Gestorben: 35 „ 16 „ „

Vorherrschende Krankheiten: Wechselfieber und acuter Gelenkrheumatismus; die Fälle von Lungencatarrh und Lungenentzündung waren sparsamer.

Mai.

Die Witterung blieb im Ganzen noch schön und warm, doch wurde die Temperatur oft Abends und auch Tags über durch kühlen Nord-Ostwind gemässigt. In der Mitte des Monats starker Regen, gegen Ende warmes, schönes Wetter. Der Wind war wechselnd, doch vorherrschend Süd-West.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster	Mittel des Minimum.
+ 12°, 79	+ 20°, 4	+ 17°, 35	+ 5°, 4	+ 8°, 28.

Grösste Differenz eines Tages 14°, 4.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 1‴, 2	28″, 6‴, 0	27″, 10‴, 0

Grösste Differenz eines Tages 4‴, 4.

Aufgenommen: 144 männl., 67 weibl. Kranke.
Gestorben: 31 „ 14 „ „

Vorherrschende Krankheiten: Wechselfieber, gastrischer Catarrh und Typhus.

Juni.

Die Witterung war sehr veränderlich, meist regnigt, selten heiter. Die Windrichtung war sehr wechselnd, um die Mitte und zu Ende des Monats vorherrschend südwestlich. In der letzten Hälfte des Monats war die Temperatur anhaltend erniedrigt.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 13°, 6	+ 24°	+ 17°, 73	+ 6°, 5	+ 9°, 4.

Grösste Differenz eines Tages 12°, 8.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 0‴, 5	28″, 4‴, 0	27″, 9‴, 5

Grösste Differenz eines Tages 2‴, 9.

Aufgenommen: 117 männl., 58 weibl. Kranke.
Gestorben: 25 „ 18 „ „

Herrschende Krankheiten wie im Mai.

Juli.

Die Witterung war, bei vorherrschenden Süd-West-Winden, ebenso regnigt und unfreundlich, wie im vorhergehenden Monat; nur gegen Ende des Monats, mit Ausnahme der letzten Tage, war das Wetter heiter und wärmer. Die Windrichtung war vorherrschend Süd-West.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 13°, 77	+ 24°	+ 17°, 9	+ 7°, 2	+ 9°, 88

Grösste Differenz eines Tages 13°, 8.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 1‴, 0	28″, 4‴, 5	27″, 9‴, 8

Grösste Differenz eines Tages 4‴.

Aufgenommen: 146 männl., 60 weibl. Kranke.
Gestorben: 16 „ 15 „ „

Vorherrschende Krankheiten: Wechselfieber, acuter Gelenkrheumatismus und Typhus.

August.

Die Witterung war im Allgemeinen warm, erst zu Ende des Monats ward es etwas kühler, dabei aber unbeständig. Die Windrichtung in der ersten Hälfte des Monats, südwestlich, dann sehr veränderlich, häufig nordwestlich oder nordöstlich.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 14°, 54	+ 24°	+ 18°, 9	+ 5°	+ 10°, 2

Grösste Differenz eines Tages 12°, 6.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 1‴, 8	28″, 5‴, 0	27″, 8‴, 10

Grösste Differenz eines Tages 3‴, 8.

Aufgenommen: 128 männl., 54 weibl. Kranke.
Gestorben: 13 „ 5 „ „

Vorherrschende Krankheiten: Wechselfieber, Typhus, Lungencatarrh und acuter Gelenkrheumatismus; die Fälle von Wechselfieber nahmen schon ab gegen den vorigen Monat.

September.

Die Witterung war schön und warm, die Windrichtung in der ersten Hälfte des Monats südwestlich, dann nordöstlich, endlich südlich.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 12°, 71	+ 21°	+ 17°	+ 1°	+ 8°, 5

Grösste Differenz eines Tages 12°, 4.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 2‴, 7	28″, 6‴, 4	28″, 0‴, 4

Grösste Differenz eines Tages 2‴, 1.

Aufgenommen: 116 männl., 64 weibl. Kranke.
Gestorben: 25 „ 14 „ „

Vorherrsehende Krankheiten: Typhus, ausserdem Lungencatarrh und acuter Gelenkrheumatismus, doch nur in nicht bedeutender Zahl, das Wechselfieber kam nur sparsam vor.

October.

Das Wetter war anfangs heiter, dann kühler und regnigt, bisweilen stürmisch. Die Windriehtung war wechselnd, doch vorherrschend südwestlieh.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 9°, 29	+ 17°, 4	+ 11°, 84	+ 2°, 2	+ 6°, 6

Grösste Differenz eines Tages 8°, 1.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 0‴, 5	28″, 5‴, 9	27″, 3‴, 6

Grösste Differenz eines Tages 5‴, 4.

Aufgenommen: 128 männl., 51 weibl. Kranke.
Gestorben: 23 „ 12 „ „

Vorherrsehende Krankheit war Typhus, welcher in diesem Monate die grösste Höhe erreichte, von Pneumonie, Lungencatarrh und acutem Gelenkrheumatismus kamen nur wenige Fälle vor, desgleiehen von Weehselfieber.

November.

Die Witterung war anfangs milde, später trat Frost ein, dem gegen Ende des Monats aber wieder Thauwetter folgte. Die Windrichtung war vorherrschend nordöstlich.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 3°, 26	+ 10 °	+ 4°, 86	— 7°, 8	— 1°, 53

Grösste Differenz eines Tages 7°, 8.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 0‴, 9	28″, 5‴, 8	27″, 6‴, 9

Grösste Differenz eines Tages 5‴, 8.

Aufgenommen: 128 männl., 69 weibl. Kranke.
Gestorben: 23 „ 14 „ „

Vorherrschende Krankheiten: Lungencatarrh und acuter Gelenkrheumatismus; Typhus war seltener.

December.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 1°, 53	+ 7°	+ 3°, 44	— 7°	0°, 09

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 0‴, 5	28″, 6‴, 3	26″, 10‴, 8

Grösste Differenz eines Tages 10‴, 3.

Aufgenommen: 126 männl. 79 weibl. Kranke.
Gestorben: 21 „ 19 „ „

Vorherrschende Krankheiten: Lungencatarrh, acuter Gelenkrheumatismus, Typhus, acuter Darmcatarrh und Pneumonie.

Bei Bearbeitung der folgenden Notizen über den Verlauf einzelner Krankheiten im Jahre 1862 stiess ich unerwartet auf beträchtliche Lücken, welche trotz meiner Bemühungen nicht mehr ausgefüllt werden konnten. Ich habe dieselben an den betreffenden Orten jedesmal angedeutet; sie beziehen sich indessen nur auf die genauere Beschreibung der Krankheit, nicht auf den endlichen Ausgang derselben.

Abdominaltyphus.

Von den aus dem Jahre 1861 gebliebenen 11 m. 4 w. Kranken starb keiner. Die Zahl der im Jahre 1862 aufgenommenen Kranken, welche an wohl characterisirtem Abdominaltyphus litten, betrug 136, nämlich 105 männliche, 31 weibliche Kranke. Die unvollkommen entwickelten Fälle habe ich, wie bisher, unter den acuten Magencatarrhen aufgeführt. Die Diagnose solcher Fälle ist immer unsicher, für statistische Resultate sind sie gewissenhafter Weise nicht zu verwerthen, es scheint mir daher gleichgültig, welchen Namen man ihnen giebt, vorausgesetzt, dass man dadurch kein Missverständniss veranlasst. Für Handbücher oder Monographien über Abdominaltyphus ist es natürlich nothwendig, die unvollkommen entwickelten Formen mit bei dieser Krankheit abzuhandeln und sie derselben eng anzuschliessen; es verhält sich aber anders bei Berichten über den Verlauf verschiedener Krankheiten innerhalb eines gewissen Zeitraumes und an einem bestimmten Orte. Hier hat man weniger auf die mehr oder weniger wissenschaftliche Gruppirung der Fälle zu achten, es ist vielmehr vorzugsweise im Auge zu behalten, dass man nicht ungenaue Thatsachen mittheilt und dass man nicht missverstanden wird. Wenn später einmal wieder, wie früher, der Fieberverlauf bei acuten Krankheiten allgemein mehr bei der Eintheilung berücksichtigt wird, als die anatomische Localisation,

wie sie in der letzten Zeit gern als Eintheilungsmoment benutzt wurde, so wird ein jeder unbefangene Arzt sich einem solchen Gebrauche um so leichter fügen, je weniger er noch an ontologischen Auffassungen hängt und je mehr er schon Veränderung in der Anordnung und Benennung der gewöhnlichen Krankheitsformen mit durchgemacht hat.

Das Sterblichkeitsverhältniss beim Abdominaltyphus war in unserem Krankenhause im Jahre 1862 für die männlichen Kranken viel günstiger (15,23 % gegen 18,59), für die weiblichen bedeutend ungünstiger (32,25 % gegen 18,18) als im Jahre vorher; begreiflicher Weise kann bei so kleinen Zahlen hierauf kein Werth gelegt werden. Die Aufnahme war im Januar gross, sank dann rasch bis zum März und stieg allmählig bis zum October, wo sie die grösste Höhe erreichte. Im December zeigte sich, namentlich gegen Ende des Monats wieder eine Steigerung und wir nahmen noch einen bedeutenden Bestand ins neue Jahr hinüber.

Aufnahme					
im Januar . .	13 m.	3 w.	Von diesen starben	2 m.	1 w.
„ Februar . .	5 „	2 „	„ „ „	— „	1 „
„ März . . .	1 „	— „	„ „ „	— „	— „
„ April . . .	2 „	1 „	„ „ „	— „	1 „
„ Mai	6 „	— „	„ „ „	2 „	— „
„ Juni . . .	7 „	— „	„ „ „	2 „	— „
„ Juli	9 „	1 „	„ „ „	1 „	1 „
„ August . .	12 „	6 „	„ „ „	3 „	— „
„ September	13 „	8 „	„ „ „	1 „	2 „
„ October . .	18 „	4 „	„ „ „	3 „	1 „
„ November	8 „	2 „	„ „ „	1 „	1 „
„ December	11 „	4 „	„ „ „	1 „	2 „
zusammen	105 m.	31 w.	Von diesen starben	16 m.	10 w.
Bestand am 1. Januar 1863	18 m.	6 w.			

Von den angegebenen Todesfällen erfolgten 4 erst im Jahre 1863, einer derselben erst im Juni, doch muss in diesem Falle der Typhus als Ausgangspunkt des verschleppten Leidens aufgefasst werden, zumal eine von Krankheitserscheinungen ganz freie Reconvalescenzperiode niemals vorhanden war. Dagegen ist ein anderer tödtlich verlaufener Fall, welcher im Januar, erst 9

Wochen nach dem Eintritt der Krankheit in's Krankenhaus kam und wo der Kranke 10 Tage später den Durchfällen und der Anaemie erlag, hier nicht mit aufgeführt.

Dem Alter nach vertheilte sich die Zahl der Kranken und die Sterblichkeit folgendermassen:

Aufgenommen im Alter von				Gestorben		
im Alter von 9 Jahren	— m.	1 w.	Gestorben	— m.	— w.
" " " 10 – 20 "	23 "	9 "	"	2 "	3 "
" " " 20 – 30 "	76 "	20 "	"	14 "	7 "
" " " 30 — 40 "	6 "	1 "	"	— "	— "
	105 m.	31 w.	Gestorben	16 m.	10 w.

Der Tod erfolgte auf der Höhe der Krankheit bei 8 m., 8 w. Kranken und zwar fand man bei 1 m., 1 w. nur Infiltration der Darmdrüsen, bei 4 m., 6 w. beginnende Necrose und Schorfbildung, bei 3 m., 1 w. sogenannte netzförmige Oberfläche ohne Schorfe. Bei 1 m., 1 w. waren frische Ablagerungen neben schon bestehenden Geschwüren, in einem dieser Fälle wurde der Tod durch Perforation herbeigeführt. In der Ulcerationsperiode starben 4 m., 1 w. Kranke. Von diesen hatten 8 männl. Lungennecrose (sogen. Bronchitis putrida), einer Embolie der Pfortader, einer bekam, als er schon ausserhalb des Betts war, Pleuritis der rechten Seite. Die weibl. Kranke hatte stets Durchfall und bekam zuletzt Tuberculose der Lungen.

Von den einzelnen den Typhus begleitenden Erscheinungen, war diesmal die Erkrankung des Kehlkopfs verhältnissmässig häufig, sie wurde bei 6 männl. 1 weibl. Kranken beobachtet; 2 männl. und die weibl. Kranke starben. — Starkes, fast erschöpfendes Nasenbluten war bei einem der ebenerwähnten Kranken gleichfalls vorhanden; der Fall verlief glücklich. In einem anderen Falle von heftigen, wiederholten Nasenbluten, bei einem 21jährigen Schneidergesellen, bei welchem gleichfalls Kehlkopfserkrankung vorhanden war, erfolgte der Tod. — Darmblutung wurde 1 mal mit tödtlichem Ausgange beobachtet. — Bei zwei männl. Kranken entstand wiederholt Haemoptysis. — Zweimal fand sich Erweichung und Zerreissung der Bauchmuskeln mit starkem Blutergusse bei der Section, in dem einen Falle konnte man dies Ereigniss schon am Tage vor dem Tode vermuthen. — Pneumonische Verdichtung eines grösseren Lungenabschnittes wurde bei 2 männl.

Kranken mit günstigem Ausgange beobachtet. — Ein 32jähriger Matrose, welcher geheilt wurde, hatte Lähmung der Blase auf der Höhe der Krankheit und behielt dieselbe noch einige Zeit, als das Bewusstsein wieder ganz frei war. — Ein 36jähriger Hausknecht hatte mehrere Tage periodische krampfhafte Adduction der Finger mit Beugung der ersten Phalangen. — Fieberanfälle, oft mit heftigem Frost, oft rasch vorübergehend, bisweilen intermittirend, bisweilen einige Tage andauernd, sind in der Abheilungsperiode des Abdominaltyphus keine ungewöhnliche Erscheinung, ohne dass man sich jedesmal der Ursache bewusst werden kann. Sie wurden im Jahre 1862 bei 4 männl. Kranken beobachtet, einmal, bei einem 31jährigen Schustergesellen, nahm das Fieber den Character eines völligen Typhus-Recidivs an.

Geistesverwirrung in der Abheilungsperiode kam bei 4 männl. Kranken vor. Die vollständige Heilung erfolgte in diesen Fällen bald. Ebenso günstig war der Verlauf bei einem 5jährigen Knaben, welcher ganz zu Anfang des Jahres entlassen wurde und im October 1861 aufgenommen war. Er hatte in der Abheilungsperiode des Typhus furibunde Delirien und Lähmung der Beine bekommen. Erstere zeigten sich im Krankenhause nicht mehr, obwohl das begleitende ärztliche Attest noch derselben erwähnte; die freie geistige Thätigkeit und die Kraft der Beine kehrte bei einem nährenden Regimen bald vollständig zurück. —

Furunkeln und Abscesse kamen wenig vor; zweimal entstand Tonsillarangina. — Ausgebreitete Hautgangrän mit Necrose des Unterhautzellgewebes entstand bei zwei weibl. Kranken an den Glutaeen ziemlich plötzlich, ohne Excoriationen vom Durchliegen; der eine Fall endigte tödtlich, der andere hatte eine äusserst schleppende Reconvalescenz, deren Ende die Kranke nicht im Krankenhause abwarten wollte. —

Ueber 13 männl. und 4 weibl. Kranke besitze ich keine näheren Notizen.

Hinsichtlich der Behandlung ist zu bemerken, dass in der letzten Zeit des Jahres die von Wunderlich empfohlene Digitalis in vielen Fällen versucht wurde. Der Erfolg war im Allgemeinen günstig, insofern der Fieberverlauf durch das Mittel entschieden abgekürzt zu werden schien; eine genauere Bearbeitung und Würdigung der in dieser Beziehung bei uns gemachten Beobachtungen hat der frühere Gehülfsarzt Herr Dr. R. Ferber übernommen.

Intermittens.

Die Zahl der im Jahre 1862 an dieser Krankheit behandelten Kranken übertraf, wie schon oben erwähnt, die des Jahres 1861 bedeutend. Die Aufnahme vertheilte sich über die verschiedenen Monate in folgender Weise:

Januar . .	2	männl.,	1	weibl.
Februar .	3	"	—	"
März . . .	4	"	—	"
April . . .	10	"	2	"
Mai	31	"	4	"
Juni . . .	25	"	5	"
Juli	32	"	4	"
August . .	22	"	1	"
September	7	"	1	"
October .	5	"	—	"
November	6	"	1	"
December	3	"	—	"
	150	männl.	19	weibl. Kranke.

Hinsichtlich des Typus beobachtete man:

Quotidian-Typus bei	53	m.,	8	w.
Tertian-Typus bei	67	"	18	"
Quartan-Typus bei	5	"	—	"
Irregulären Typus bei	2	"	—	"
Ein einziger Anfall war vorhanden bei	2	"	—	"
Nähere Notizen fehlen bei	16	"	13	"

Von diesen Fällen waren 15 Recidive und zwar kamen von den im Krankenhause behandelten Kranken 10 männl. Kranke mit Rückfällen wieder; ein Kranker der letzteren Reihe bekam später noch im Krankenhause ein neues Recidiv. Der Typus war bei den Rückfällen bei 8 männl. nicht verändert, bei 3 war statt des Tertiantypus der quotidiane, bei 2 statt des letzteren der Tertiantypus eingetreten. Bei einem Kranken ist der Typus der ersten Erkrankung nicht bemerkt. Während des Verlaufs verwandelte sich der Typus einmal aus dem quotidianen in den tertianen, dreimal aus letzteren und einmal aus dem quartanen in den quotidianen.

Von den Intermittenskranken litten 5 gleichzeitig an Anaemie und wassersüchtigen Anschwellungen; mit letzteren ohne neues

Fieber, aber in Folge früherer Fieberanfälle kam noch ein Matrose in's Krankenhaus. Einer dieser Kranken musste wegen Melancholie mit Verfolgungswahn auf die Irrenabtheilung verlegt werden.

Statt des Fiebers war bei 3 männl. Kranken täglich wiederkehrender Kopfschmerz und bei einem Kranken intermittirende Colik zugegen.

Bei der Behandlung suchte man, wie in den früheren Jahren den Fieberanfall so schnell als möglich durch Chinin zu beseitigen.

Blattern.

Diese kamen im Laufe des Jahres nur in vereinzelten Fällen bei 8 männl. Kranken vor; meist waren es Matrosen von englischen Schiffen. Gegen Ende des Jahres verbreitete sich die Krankheit in der Stadt und gleich im neuen Jahr wuchs die Zahl der Blatternkranken im Krankenhause. Im Jahre 1862 starb ein Kranker an confluirenden Blattern. Im Krankenhause selbst war ein Kranker von Blattern befallen worden.

Scarlatina.

An dieser Krankheit wurden 11 männl., 9 weibl. Kranke behandelt; es starben 2 männl. Kranke, der eine auf der Höhe der Krankheit, ohne dass die Section einen anderen Befund ergeben hätte, als den negativen, wie er stets in diesem Stadium gefunden wird; der andere, ein 15jähriger Schlosserlehrling, starb im Abheilungsstadium, wenige Tage nach dem Eintritte einer leichten, verbreiteten Gelenkaffection mit Fieber, indem er in ähnlicher Weise in kurzer Zeit zusammensank, wie es beim Gelenkrheumatismus mitunter beobachtet wird. Bei der Section fand man geringe Injection der Synovialhaut, Vermehrung und etwas Trübung der Synovia in den ergriffenen Gelenken und einzelne keilförmige Entzündungsheerde, welche jedoch nicht so scharf abgegrenzt und deutlich waren, wie die bekannten embolischen Heerde. Eine wesentliche Erkrankung anderer Organe wurde nicht gefunden. — Die Gelenkaffection mit Fieber, dem acuten Gelenkrheumatismus ganz analog verlaufend, kam noch mit günstigem Ausgange bei 1 männl., 1 weibl. Scharlachkranken vor. — Bei heftigen Fiebersymptomen, namentlich mit Delirien, zeigte sich wieder die nasse Einwicklung in einzelnen Fällen sehr wohlthätig.

Morbilli.

Es kamen 7 männl., 10 weibl. Kranke im Laufe des Jahrs in Behandlung; kein Fall verlief tödtlich. Mehrmals mussten wegen heftigerer Entzündung der Kehlkopfs- und Luftröhrenschleimhaut einige Blutigel gesetzt werden. — Die Kranken waren, ebenso wie die Scharlachkranken, meist Erwachsene, Handwerker und Dienstmädchen.

Erysipelas.

An Erysipel der Kopfhaut litten 11 männl., 8 weibl. Kranke, eine der letzteren, eine 43jährige Maurers Wittwe, welche an Tuberculose der Lungen, des Darmcanals und des Bauchfells litt, starb. — An Erysipel des Unterschenkels und Fusses litten 4 männl., 2 weibl. Kranke, eine der letzteren, eine bejahrte Bewohnerin der Siechenstation, starb. — Hinsichtlieh der Behandlung wurden keine besondere Erfahrungen gemacht; wie immer stand der Process in einzelnen Fällen bei demselben Verfahren still, welches in anderen den Fortschritt nicht hindern konnte.

Rheumatismus.

An Muskel-Rheumatismus litten 76 männl., 18 weibl. Kranke. Die ergriffenen Muskelpartien waren: im Nacken bei 4 männl., 1 weibl., im Rücken bei 2 männl., 2 weibl., in der Lendengegend bei 12 männl., 5 weibl., an der Brust bei 10 männl., am Bauche bei 4 männl., am Arme bei 3 männl., 1 weibl., am Oberschenkel bei 3 männl., 2 weibl., am Unterschenkel bei 14 männl., 2 weibl. — Bei 6 männl., 1 weibl. waren die Schmerzen herumziehend und verbreitet; zweimal war Fieber zugegen. Ueber 13 männl., 3 weibl. Kranke fehlen nähere Notizen. Die Unsicherheit der Diagnose des Muskelrheumatismus ist in der letzten Zeit durch die Kenntniss der Trichinenkrankheit noch gesteigert worden. Die Häufigkeit der letzteren ist allem Anscheine nach viel grösser, als man bisher vermuthete und die Affection hat in ihren Erscheinungen natürlich durch die gleiche Localisation die grösste Aehnlichkeit mit dem sogenannten Muskel-Rheumatismus. Die hier gemachte Beobachtung einer Trichineninfection auf einem Seeschiffe, bei einem Schiffsjungen, muss in Zukunft zu einer grösseren Aufmerksamkeit auf die Fälle von Muskel-Rheumatismus bei Seeleuten veranlassen.

Bisher hatte man für solche Fälle in den anderen äusseren Momenten, der Muskelanstrengung und der Gelegenheit zur Erkältung, einen anscheinend ganz genügenden Erklärungsgrund; so fassten wir auch die etwas ungewöhnliche Form der Krankheit bei 4 malaiischen Matrosen, welche bei kälterer Witterung lange im Canal hatten kreuzen müssen, als Folge der Durchnässung und Kälte bei den an tropisches Klima gewöhnten Menschen auf. Die grosse Abgeschlagenheit und Muskelschwäche, sowie das vorhandene Oedem der Beine, ohne deutliche scorbutische Erscheinungen und die Gleichartigkeit der Erscheinungen in diesen vier Fällen, erregten später, als die Kranken längst entlassen waren und weitere Nachforschungen sich nicht mehr anstellen liessen, den Verdacht einer Trichineninfection. Nach den Aussagen eines im Jahre 1863 bei uns behandelten Matrosen, hatte derselbe, so wie mehrere andere Matrosen, obwohl nicht von demselben Schiffe (er war wegen schwerer Beschädigung seines Schiffes an Bord eines anderen aufgenommen), während der Reise Gliederschmerzen und Anschwellung des Gesichts bis zur temporären Verschliessung der Augen mehrere Tage hindurch gehabt.

Acuter Gelenk-Rheumatismus.

Der Bestand am 1. Januar 1862 war	8 m.	2 w.	Kranke.
Aufgenommen im	Januar . . .	9 „	4 „	„
„ „	Februar . . .	2 „	2 „	„
„ „	März	2 „	1 „	„
„ „	April	8 „	2 „	„
„ „	Mai	5 „	8 „	„
„ „	Juni	2 „	2 „	„
„ „	Juli	7 „	3 „	„
„ „	August . . .	8 „	4 „	„
„ „	September .	4 „	9 „	„
„ „	October . . .	4 „	4 „	„
„ „	November . .	7 „	6 „	„
„ „	December . .	8 „	9 „	„
Summa der Aufgenommenen		66 m.	54 w.	Kranke.
Bestand am 1. Januar 1863		16 „	12 „	„

Todesfälle kamen nicht vor; denn den Fall von ähnlicher Krankheit bei einem 17jährigen Dienstmädchen, wo erst einige Tage nach sehr heftigen Fiebererscheinungen und kurz vor dem Tode eine eitrige Entzündung an einem Theil des linken Hand-

gelenkes entstand, habe ich ebenso wenig, wie zwei analoge Fälle in dem Berichte über das Jahr 1858 zum acuten Gelenkrheumatismus gerechnet.

Ohne Fieber, aber sonst acut verlaufend und auf mehrere Gelenke verbreitet, verlief die Krankheit bei 6 männl., 4 weibl. Kranken. In folgenden Fällen war nur ein Gelenk ergriffen, theils mit, theils ohne Fieber: das Schultergelenk bei 1 männl., das Hüftgelenk bei 1 männl., das Knie bei 3 männl., 4 weibl., das Fussgelenk bei 1 männl., 1 weibl. Kranken. — Im weiteren Verlaufe der Krankheit fixirte sich das Uebel auf das Ellenbogengelenk bei 2 männl., 1 weibl., auf das Knie bei 1 weibl. Kranken; bei 2 m. ward die Gelenkaffection chronisch, ohne sich auf ein Gelenk zu beschränken.

Aeltere Affection der Mitralklappe, von früheren Rheumatismen herstammend, fand sich bei 5 männl. Kranken; ausserdem würden Erscheinungen der Endocarditis beobachtet bei 7 männl., 4 weibl. Kranken. An Pericarditis litten 8 m., 3 weibl. Kranke. — Hirnerscheinungen mit psychischer Störung wurden bei 3 weibl. Kranken beobachtet. Bei allen drei waren Herzaffectionen vorhanden, zwei derselben waren schon mehrere Wochen krank und anämisch geworden, die dritte bekam schon zu Anfang der zweiten Woche Verwirrung, Stupor und erschwerte Articulation der Worte. Die Besserung erfolgte in diesem Falle rasch, 4 Tage nach Eintritt der Hirnzufälle war kein Fieber mehr vorhanden und 3 Wochen später konnte die Kranke schon wieder ihre Arbeit verrichten, ohne das geringste Residuum jener Zufälle.

Ueber 10 männliche, 3 weibliche Kranke fehlen die näheren Notizen.

Hinsichtlich der Behandlung ist zu erwähnen, dass in einer Reihe von Fällen die Tinctura Veratri viridis zur Herabstimmung des Fiebers gegeben wurde. Geringe Dosen, welche keine Uebelkeit und kein Erbrechen erregten, wirkten nur in den ganz leichten Fällen retardirend auf die Pulsfrequenz, grössere (schon 6 Tropfen pr. dosi), erregten leicht Uebelkeit und Erbrechen, wie es beim Veratringebrauch beobachtet ist. Mir schien der immer problematische Nutzen für den Verlauf der Krankheit im Allgemeinen durch die lästigen nauseosen Symptome jedenfalls für den Kranken theuer erkauft und ich habe die Versuche daher nicht fortgesetzt. Bisher sind bekanntlich alle Mittel, welche den Ver-

lauf des acuten Gelenkrheumatismus abkürzen sollten, auf die Länge doch als unzureichend erkannt, man wird daher Mittel, welche die bei dieser Krankheit so sehr nothwendige Verdauungskraft zu schwächen geeignet sind, nicht gern ohne sehr bestimmte Aussicht auf Erfolg versuchen.

Tuberculose.

Es wurden an dieser Krankheit im Jahre 1862 behandelt:

		248 m.,	88 w.	Kranke.
Von diesen wurden entlassen				
	gebessert	58 „	13 „	„
	ungeheilt	6 „	4 „	„
	starben	151 „	64 „	„
in Behandlung	blieben	33 „	7 „	„

Bei den Sectionen wurde die Tuberculose gefunden:

in den Lungen allein	bei	19 m.,	14 w.	Kr.
„ „ „ und dem Darmcanal . .	„	108 „	40 „	„
„ „ „ „ „ Kehlkopf . .	„	37 „	7 „	„
„ „ „ „ der Leber	„	21 „	5 „	„
„ „ „ „ „ Milz	„	5 „	6 „	„
„ „ „ „ den Nieren . . .	„	25 „	9 „	„
„ „ „ „ „ Nebennieren .	„	— „	1 „	„
„ „ „ „ dem Bauchfell . .	„	14 „	4 „	„
„ „ „ „ „ Endocardium	„	— „	1 „	„
„ „ „ „ der Gehirnsubstanz	„	2 „	2 „	„
„ „ „ „ den Gehirnhäuten	„	10 „	1 „	„
„ „ „ „ dem Rückenmark	„	1 „	1 „	„
„ „ „ „ der Prostata . . .	„	1 „	— „	„
„ „ „ „ den Tuben	„	— „	3 „	„
in dem Darmcanal und dem Gehirn .	„	1 „	— „	„

Bei 3 männl. Kranken fand man die Tuberkelablagerung nur in der linken Niere, in den übrigen war die Affection beiderseitig.

Hinsichtlich des Verlaufs beobachtete man bei 3 männl., 1 weibl. Kranken die Erscheinungen der acuten Infiltration eines grösseren Lungenabschnitts; ein männl. Kranker von diesen starb, die anderen wurden gebessert, ziemlich frei von Beschwerden, aber mit fortdauernden, nur etwas verminderten Symptomen der Infiltration der Lungen entlassen. Unter den Erscheinungen der

zerstreuten, acut entstandenen Infiltration der Lungen in grosser Ausdehnung und mit raschem Zerfall des Exsudats, verlief die Krankheit bei 2 männl., 1 weibl. Kranken. Fieber mit sogenannten nervösen Erscheinungen fand sich neben gleichzeitiger allgemeiner Verbreitung der Tuberkelablagerung in verschiedenen Organen bei 4 männl., 1 weibl. Kranken, bei allen mit tödtlichem Ausgange.

Hinsichtlich einzelner Erscheinungen im Verlaufe der Tuberculose ist Folgendes zu bemerken: Pneumothorax kam bei 8 männl., 1 weibl. Kranken vor, bei 2 männl. Kranken wurde hierbei die Paracentese des Thorax gemacht, bei einem derselben sogar zweimal, doch ohne wesentliche Erleichterung der Symptome. — Peritonitis durch Perforation eines Tuberkelgeschwürs im Darmcanal kam bei 3 männl. Kranken vor; abgeleitete Peritonitis von Geschwüren, welche nahe an die Serosa drangen, ohne sie zu durchbohren, wurde bei 2 männl., 1 weibl. Kranken beobachtet. Eigentliche tuberculose Peritonitis war bei 2 jüngeren männl. Kranken mit massenhafterem, mehr käsigen und zerfallenden Exudate vorhanden; bei 1 männlichen und 1 weibl. Kranken war die Tuberkelablagerung mehr in Form dichtgedrängter Granulationen. Die weibl. Kranke bot zu gleicher Zeit einen Fall von acuter seniler Tuberculose dar; sie war 88 Jahre alt und seit 10 Jahren im Krankenhause. Man fand bei ihr zahlreiche Dünndarmgeschwüre mit narbigem, schwieligen Centrum und rundlichen Substanzverlusten in der Peripherie, offenbar ein ganz chronischer Process, der ohne auffallende Symptome verlaufen war. Es fanden sich nur sehr sparsame Tuberkelgranulationen in den Lungen; die des Bauchfells waren dichtgedrängt, miliar, mit Ecchymosirung des Bauchfells. — Vorherrschende Pleuritis mit tuberculisirendem Exudat fand sich bei 2 männl. Kranken; abgeleitete natürlich sehr häufig. — Heftige Lungenblutung nahe vor dem Tode wurde bei 2 männl., 1 weibl. Kranken beobachtet; bei der letzteren war sie Begleiterin der acuteren tuberculosen Infiltration, bei den beiden anderen Kranken waren ältere Cavernen zugegen; nur in einem Falle fand man die Quelle der Blutung in einem angefressenen grösseren Lungenarterienaste. — Faulige Necrose des Lungengewebes wurde in Begleitung der Tuberculose bei 1 männl. Kranken beobachtet. — Ausbruch von zahlreichen Ecchymosen auf der Haut und unter dem serösen Ueberzuge innerer Organe mit

Blutung der Bronchial- und Darmschleimhaut kam bei einem 26jährigen öffentlichen Mädchen etwa 36 Stunden vor dem Tode zum Ausbruch. Es war hier nur in den Lungen und der Darmschleimhaut Tuberkelablagerung zugegen. — Mania ex Inanitione trat bei einem 24jährigen Arbeitsmann auf, welcher namentlich durch Durchfälle sehr erschöpft war. — Bei einem 29jährigen Fabrikarbeiter, bei welchem die Krankheit langsam verlaufen war und sich aus chronischem Lungencatarrh herausgebildet hatte, fand man partielle Erweichung, Zerreissung Bluterguss in der Substanz der geraden Bauchmuskeln. — Amyloide Degeneration kam vor, in der Milz allein bei 1 männl., in den Nieren allein bei 2 männl., 1 weibl., in Leber und Milz bei 1 weibl., in Milz und Nieren bei 9 männl., 1 weibl., in Leber, Milz und Nieren bei 6 m., 1 weibl. Kranken. Die übrigen Organe wurden gewöhnlich nicht in dieser Beziehung geprüft, bisweilen die Magen- und Darmschleimhaut, aber ohne dass der Befund jedesmal notirt wurde.

Unter den begleitenden Krankheiten sind folgende hervorzuheben, indem sie in vielen Fällen wohl als entferntere, veranlassende Ursachen zur späteren tuberculosen Erkrankung zu betrachten sind. Chronischer Lungencatarrh mit Emphysem war bei 7 männl., 3 weibl. längere Zeit vorhergegangen; bei 3 männl., 2 weibl. von diesen fanden sich nur in den Lungen Tuberkelablagerungen, bei 4 männl. in den Lungen und dem Darmcanale, bei einem derselben auch im Kehlkopf. — Insufficienz der Mitralklappe war bei 1 männl. Kranken, Hypertrophie des linken Herzventrikels mit Nierenatrophie ebenfalls bei 1 männlichen Kranken vorhanden. — Carcinom des Magens fand sich bei 3 männl. Kranken, bei 2 derselben war nur in den Lungen, bei dem dritten in den Lungen und auf dem Bauchfell Tuberkelablagerung vorhanden. — Diabetes war bei 2 m. Kranken der Tuberculose vorhergegangen. — Chronischer Gelenkrheumatismus mit Subluxationen bestand bei 3 weibl. Kranken vor der Entwicklung der Tuberculose. — Bei 1 weibl. Kranken hatte chronische Peritonitis mit Ulceration Erschöpfung und Anaemie herbeigeführt; es fanden sich Tuberkelablagerungen in den Lungen, dem Peritonaeum und den Tuben. — Primäre chronische Pleuritis war bei 4 männl. Kranken vorhanden; es wurden bei einem derselben nur in den Lungen, bei einem anderen in den Lungen und dem Darmcanale, bei dem

dritten in den Lungen und auf dem Peritonaeum, bei dem letzten in vielen Organen zugleich Tuberkelablagerungen gefunden. — Bei einer weiblichen Kranken war eine nicht ausgedehnte Caries der Rückenwirbel vorhanden.

An **Chlorosis** wurden 15 Kranke behandelt und mehr oder weniger gebessert entlassen.

An **Anaemie** litten 4 männl., 2 weibl. Kranke, ohne anderweitiges Leiden. Bei der einen weibl. war eine kürzlich überstandene Entbindung die Ursache, bei einem Matrosen der längere Aufenthalt an der Africanischen Küste; ein Kranker diente als Aufwärter auf einem Seedampfschiff und verliess selten das Schiff. Bei den übrigen liess sich kein veranlassendes Moment auffinden. Sie wurden alle, zum Theil bedeutend, gebessert.

An **Scorbut** litten 8 männl. Kranke, nämlich 6 Matrosen, 1 Bäckergesell und 1 Schuhmachergesell. Succus Citri schaffte, wie immer, rasche Besserung.

Vergiftungen.

Phosphorvergiftung kam bei 2 männl., 8 weibl. Kranken zur Behandlung; 5 der letzteren waren Prostituirte. Es starben 1 männl., 2 weibl. Kranke. Die Fälle sind im Einzelnen schon im letzten Hefte dieser Mittheilungen beschrieben.

Bleivergiftung wurde bei 2 Malern, 2 Klempnern (letztere waren mit Gasleitungen beschäftigt), einem Conditor und einem Heizer (letztere beide von Seedampfschiffen), behandelt. Einer der Maler, welcher hier schon mehrmals wegen Kolik im Krankenhause war, litt jetzt an Arthralgie und unvollkommener Lähmung der Beine, der andere Maler hatte neben der Kolik noch Lähmung der Streckmuskeln der Hände; die Uebrigen litten an Kolik.

Mit Schwefelsäure hatten sich 3 männl., 1 weibl. Kranke vergiftet, von denen nur bei Einem die Vergiftung zufällig war. Einer der Kranken starb nach etwa 12 Stunden, die Uebrigen wurden zunächst von ihren Beschwerden befreit. — Bei einem 20jährigen Cigarrenarbeiter, welcher noch stets über schmerzhafte Empfindung beim Schlucken klagte, ohne dass man im Schlunde noch etwas Krankhaftes wahrnahm, wies die laryngoscopische Untersuchung noch eine Entzündung und Verschwärung

an der Epiglottis nach und beseitigte so den entstandenen Verdacht, dass der Kranke seinen Aufenthalt im Krankenhause aus Furcht vor der ihm bevorstehenden polizeilichen Untersuchung zu verlängern suche.

Mit Sauerkleesalz hatte sich ein 23jähriger Seiler zufällig vergiftet; die geringen Symptome waren bald beseitigt.

Krankheiten des Gehirns, Rückenmarks und Nervensystems.

Pachymeningites cerebralis. Die sogen. haemorrhagische Form kam in bedeutendem Grade bei einer 63jährigen Frau mit apoplectischen Symptomen und bei einem 11jährigen Knaben, welcher gelähmt, blind und geistesschwach war neben Sclerose des Gehirns und Atrophie der Sehnerven vor. In weniger bedeutendem Grade wurde sie bei 3 männl., 8 weibl. Kranken gefunden, bei 2 m., 4 w. ohne Symptome während des Lebens; bei den Uebrigen waren die Erscheinungen der Geistesschwäche vorhanden, doch waren die Kranken, mit Ausnahme einer weibl. bedeutend über 70 Jahre, bei den jüngeren, sowie bei dem dritten männl. Kranken waren noch haemorrhagische Heerde im Gehirn selbst vorhanden.

Gummöse Pachymeningitis neben Basilarmeningitis und Cysticercen im Gehirn wurde bei einem 34jährigen Schlachtergesellen gefunden; die nähere Beschreibung des Falles ist schon im letzten Hefte dieser Mittheilungen veröffentlicht.

Tuberculose Pachymeningitis kam neben Tuberkeln der Hirnsubstanz in bedeutendem Grade bei einem 11jährigen taubstummen Knaben vor, welcher an weit vorgeschrittener allgemeiner Tuberculose litt und wenige Tage nach der Aufnahme starb. Seine Intelligenz schien ungetrübt zu sein.

Acute Entzündung der pia Mater kam nur als Basilarmeningitis und mit Ausnahme des Falles bei dem oben erwähnten Schlachtergesellen, jedesmal mit Entwicklung von Tuberkeln vor, und zwar bei 8 männl., 1 weibl. Kranken. Bei 4 m. Kranken hatten die Hirnerscheinungen die Aufnahme veranlasst, bei den Uebrigen entwickelte sich die Meningitis erst nachdem die Kranken schon kürzere oder längere Zeit wegen Tuberculose im Krankenhause behandelt waren. Bei einem männlichen Kranken hatten die Erscheinungen bei der Aufnahme so grosse Aehnlich-

keit mit denen des Delirium tremens, dass er, irrthümlicher Weise, zur Irrenstation verlegt wurde.

Haemorrhagische Heerde im Gehirn, ältere und frische, wurden bei 12 männl., 13 weibl. Kranken gefunden. Der Sitz derselben war in der Hirnrinde bei 1 m., 2 w., in der rechten Hemisphäre bei 2 männl., 1 weibl., in der linken Hemisphäre bei 3 weibl., in beiden Hemisphären bei 3 m., 2 w., im rechten Corpus striatum bei 4 m., 1 w., in beiden Corpora striata bei 2 m., 2 w., im rechten Thalamus bei 1 m., 1 w., im linken Thalamus bei 2 m., 1 w., im Cerebellum bei 1 weibl., im Pons Varolii bei 2 weiblichen Kranken.

Hinsichtlich der Symptome bemerkte man bei Heerden in der Rinde bei 1 männl. Kranken keine Erscheinungen, bei 2 weibl. die der Geistesschwäche, bei den Heerden in der rechten Grosshirn-Hemisphäre bei 1 m., 1 w. Kranken Hemiplegie der entgegengesetzten Seite, bei 1 männl., der noch an anderen Stellen apoplectische Residuen hatte, allgemeine unvollkommene Paralyse; bei denen in der linken Hemisphäre war bei 1 w. Kranken rechtsseitige Hemiplegie, bei 2 weibl. der Erguss frisch und völlige Bewusstlosigkeit vorhanden. Bei Heerden in beiden Hemisphären war bei 2 männl., 1 weibl. allgemeine Paralyse, bei 1 weibl. Kranken keine Lähmung, aber öfter maniacalische Aufregung vorhanden; ein ½jähriger Knabe wurde Tags vor seinem an Bronchopneumonie erfolgtem Tode aufgenommen. — Die Haemorrhagie im rechten Corpus striatum war bei 1 männl. 1 weibl. Kranken frisch und es konnten wegen des bis zum Tode vorhandenen Coma's keine bestimmten Lähmungssymptome beobachtet werden; bei 2 weibl. Kranken hatten die zufällig gefundenen älteren Heerde während des Aufenthalts im Krankenhause keine Symptome gemacht; bei den Uebrigen war linksseitige Hemiplegie vorhanden. — Bei den Heerden in beiden Corpora striata war bei 1 männl., 1 weibl. Kranken ursprünglich halbseitige Lähmung vorhanden gewesen, später trat allgemeine unvollständige Lähmung und Stumpfsinn hinzu, bei Beiden waren noch anderweitige Heerde im Gehirn vorhanden; 1 männliche, 1 weibl. Kranke hatten nur allgemeine Lähmungserscheinungen neben Geistesschwäche, und es waren auch hier noch an anderen Stellen des Gehirns die Ueberreste früherer Haemorrhagieen vorhanden. — In den beiden Fällen, wo der

Sitz der Haemorrhagie im rechten Thalamus war, zeigte sich Lähmung der entgegengesetzten Seite, bei dem männl. Kranken war gleichzeitig das rechte Corpus striatum ergriffen. — Die Haemorrhagie im linken Thalamus war bei 2 männl. Kranken mit anderweitigen Heerden verbunden und verrieth sich nicht durch besondere Symptome, bei 1 weibl. Kranken war Lähmung der rechten Körperhälfte vorhanden. — Die Haemorrhagie des kleinen Gehirns fand sich neben Ueberresten früherer Apoplexie in der linken Grosshirnhemisphäre, die Kranke war völlig bewusstlos. — Die beiden Fälle von Haemorrhagie des Pons Varolii endeten kurze Zeit nach der Aufnahme der ganz bewusstlosen Kranken tödtlich.

Thrombose in Folge von Embolie wurde bei 2 weibl. Kranken in der Arteria basilaris, das eine Mal mit der der Arteria Fossae Sylvii beobachtet. — Bei einem 20jährigen Dienstmädchen wurde Embolie in den Hirnarterien vermuthet; sie wurde ganz hergestellt. — Eine ältere, anscheinend autochtone Thrombose der linken Arteria Fossae Sylvii und Corporis Callosi wurde bei einer 60jährigen Frau neben alten Erweichungsheerden der linken Grosshirnhemisphäre und des linken Thalamus gefunden.

Sclerose der Marksubstanz wurde bei 5 männl. Kranken in bedeutenderem Grade gefunden. Unter diesen war ein Kind von 17 Wochen, bei dem sich unter dem Ependym der Seitenventrikel die frühere Anwesenheit von Bluterguss durch eine rostbraune Färbung der nächstgelegenen Hirnsubstanz verrieth. — In einem anderen Falle, bei einem 12jährigen Knaben war chronische Pachymeningitis haemorrhagica gleichzeitig vorhanden. In diesem, wie in den übrigen Fällen waren bedeutende Erscheinungen der gestörten Hirnfunction vorhanden gewesen.

Chronischer Hydrocephalus mit Atrophie der Sehnerven und Brachycephalie wurde bei einem blinden und blödsinnigen 9jährigen Mädchen gefunden.

Sarcome der dura Mater wurden bei 1 männl., 1 weibl. Kranken gefunden, beidemal, ohne dass man die Symptome während des Lebens auf die Geschwülste hätte beziehen können; denn bei dem männlichen Kranken, welcher ein ziemlich grosses Sarcom in der mittleren Schädelgrube hatte, war zwar Lähmung der entgegengesetzten Seite, gleichzeitig aber ein älterer apo-

pleetischer Heerd im Corpus striatum vorhanden, welehem letzteren die Hemiplegie sehon ihrem Eintritte naeh, zugesehrieben werden musste. — Grössere Tuberkeln der Hirnsubstanz wurden bei 4 männl. Kranken ohne darauf bezügliehe Symptome gefunden, einer derselben hatte seinen Sitz in der Medulla oblongata; bei 2 weibl. Kranken waren deutliehe Symptome, welche man den Gesehwülsten zusehreiben muss. Bei allen wurden in anderen Organen Tuberkeln gefunden. — Krebs der dura Mater und der Sehädelknoehen ohne Hirnsymptome und ohne Betheiligung der Gehirnsubstanz wurde neben Krebs der Lungen, der Bronehialdrüsen und der Leber gefunden. Der Kranke, ein 50jähriger Kutseher, kam mit den Erseheinungen der Lungenlähmung ins Krankenhaus und starb sehon am zweiten Tage seines Aufenthaltes. — Verkalkte Cystieereen wurden bei 2 weibl. Kranken gefunden, bei einer anderen weibl. Kranken fand man einen unversehrten Cystieercus in der pia Mater des Pons, ohne dass er eine Veränderung der Umgebung oder Symptome seines Daseins während des Lebens zur Folge gehabt hätte. Die Erscheinungen bei 2 männl. Kranken mit Cystieereen im Gehirn sind in der Abhandlung des Herrn Dr. Ferber (Wagner's Arehiv, Bd. III.) näher besehrieben.

Ueberreste von chroniseher Meningitis spinalis wurden bei 3 männ., 1 weibl. Kranken gefunden; bei 1 m., 1 w. Kranken war gelatinöse Atrophie der hinteren Rüekenmarksstränge mit denselben verbunden. Die Kranken hatten sämmtlich an Paraplegie gelitten.

Bei einer 77jährigen Frau, welche seit einem halben Jahr erst an Isehias der linken, dann aueh der reehten Seite gelitten hatte und unter Fortdauer der Schmerzen an beiden Beinen unvollständig gelähmt war, wurde Krebs der Wirbelkörper mit Krebsablagerungen in der Leber, der Milz und dem Herzen gefunden.

Ein Sareom in der Substanz der Endansehwellung des Rückenmarks war bei einer 50jährigen Frau die Ursache der Paraplegie gewesen.

An Hemiplegie wurden 6 männl., 3 weibl. Kranke behandelt und mehr oder weniger gebessert entlassen. Bei einem derselben, einem 43jährigen Schiffseapitain, welcher einige Zeit vorher naeh heftigen Kopfsehmerzen eine Lähmung des Trigeminus der entgegengesetzten Seite, bekommen hatte, war Ver-

dacht auf syphilitischen Ursprung des Hirnleidens vorhanden. Bei einem 21jährigem Landmann war die Lähmung in der Reconvalescenz von Abdominaltyphus entstanden.

Allgemeine unvollständige Lähmungserscheinungen, deren Grund in einem chronischen Hirnleiden zu liegen schien, waren bei 1 männl., 1 weibl. Kranken zugegen.

An mehr oder weniger vollständiger Lähmung der unteren Extremitäten, muthmasslich von Rückenmarkserkrankung, litten 18 männl., 1 weibl. Kranke und wurden theils gebessert, theils ungeheilt entlassen.

Bleilähmung kam bei 2 Malern vor, einmal an den unteren Extremitäten mit Arthralgie, einmal an den Streckmuskeln der Hand.

An Epilepsie litten 14 männl., 12 weibl. Kranke, welche theils gebessert, theils ungeheilt entlassen wurden. Ausserdem starben 1 männlicher, 2 weibl. Kranke, welche längere Zeit an Epilepsie gelitten hatten. Der männl. Kranke starb an Lungenemphysem mit Wassersucht, die eine weibl. Kranke, welche längere Zeit blödsinnig war, an Tuberculose, die andere erlag den epileptischen Krämpfen, welche sich rasch einander folgten. In keinem dieser Fälle gab der Befund des Gehirnes einen Anhaltspunct zur Erklärung der Epilepsie. Die letztgenannte Kranke war im zweiten Monate der Schwangerschaft. Letztere Ursache hatte bei einer im Krankenhause angestellten Wäscherin von 34 Jahren zwei Anfälle von epileptischen Krämpfen veranlasst, von denen der zweite tödtlich endete. Zwei männl. und eine weibl. Kranke mussten auf die Irren-Abtheilung verlegt werden.

Sechs Kranke, mit sogenannten hysterischen Beschwerden, hatten mehr oder weniger deutliche, wenn auch nur vorübergehende Andeutungen geistiger Störung; zwei andere hatten verschiedene, häufig wechselnde Klagen ohne erkennbare objective Erkrankung.

Chorea wurde bei 1 männl., 3 weibl. Kranken behandelt; ersterer war 20 Jahr alt und Hausknecht, die weibl. waren 11, 12 und 14 Jahre alt. Die letztere litt auch an habitueller nächtlicher Enuresis und vorübergehend an melancholischer Aufregung.

Ein 26jähriger Arbeitsmann starb bald nach der Aufnahme an Tetanus, ohne nachweisbare Verletzung.

Ueber Kopfschmerz auf der Höhe des Scheitels oder in der einen Kopfhälfte klagten 7 männl., 4 weibl. Kranke ohne bestimmte Ursache, doeh konnte man bei Einzelnen Aleoholmissbrauch, bei anderen Inanition und Ueberreizung des Nervensystems als wahrscheinliehen Grund voraussetzen.

An Sehwindel litten 12 männl., 5 weibl. Kranke; bei mehreren war offenbar unausgebildete Epilepsie vorhanden, einzelne waren anämisch, andere längere Zeit dem Trunke ergeben, ein 16jähriges Dienstmädchen litt stark an Heimweh. Die vorgekommenen Neuralgieen vertheilten sieh in folgender Weise: der Trigeminus litt bei 4 männl., 2 weibl. Kranken, zwei dieser Fälle waren mit Lähmung des gleiehseitigen Abdueens verbunden und wurden mit dieser ziemlieh bald durch Jodkali geheilt; eine weibl. Kranke wurde auf ihren Wunseh zur Neurotomie auf die chirurgisehe Abtheilung verlegt; ein Intercostalnerv war bei einem 24jährigen Klempner ergriffen; bei einem 25jährigen Schneidergesellen ein Genito-cruralis; bei 6 männl. Kranken der Ischiadicus; bei einem 30jährigen Dienstmädchen ein Hautnerv des Unterschenkels, bei einem 24jährigen Schlossergesellen einer der Planta pedis.

Krankheiten der Respirationsorgane.

Catarrh.

In derselben Weise, wie in den letzten Berichten, sind hierher die Kranken gerechnet, welche vorzugsweise wegen des Lungencatarrhs in Behandlung waren. Daher ist der grösste Theil der wesentlich altersschwachen Leute, von denen selten Einer ohne chronischen Lungencatarrh ist, in dieser Rubrik aufgenommen. An Herzkrankheiten Leidende wurden hierher gezählt, wenn die Herzaffection Folge des Catarrhs war, oder wenn dieser durch seine stärkere Entwicklung die Aufnahme bedingt hatte.

Bestand am 1. Januar 1862	33	m.,	21	w.	Kranke,
Aufnahme im Januar . .	39	„	16	„	„
„ „ Februar .	25	„	8	„	„
„ „ März . . .	20	„	9	„	„
„ „ April . . .	12	„	10	„	„
„ „ Mai	13	„	4	„	„
„ „ Juni . . .	10	„	5	„	„
„ „ Juli . . .	11	„	4	„	„

Aufnahme im	August . .	14 m.,	3 w.	Kranke,
" "	September	16 "	11 "	"
" "	October .	15 "	4 "	"
" "	November	17 "	10 "	"
" "	December	21 "	7 "	"
	zusammen	246 m.,	112 w.	Kranke.
Von diesen wurden	geheilt . .	119 m.,	36 w.	Kranke,
	gebessert.	57 "	14 "	"
blieben	ungeheilt .	4 "	4 "	"
es	starben .	30 "	48 "	"
Bestand am 1. Januar 1863		36 m.,	10 w.	Kranke.

Bei 13 männl., 8 weibl. Kranken war die Larynxschleimhaut ergriffen.

Von den Gestorbenen befanden sich in dem Alter

von 0 — 1 Jahr	1 m.,	— w.	Kranke,
" 1 — 10 "	1 "	1 "	"
" 10 — 20 "	— "	1 "	"
" 20 — 30 "	— "	1 "	"
" 30 — 40 "	1 "	1 "	"
" 40 — 50 "	6 "	2 "	"
" 50 — 60 "	8 "	6 "	"
" 60 — 70 "	10 "	13 "	"
" 70 — 80 "	2 "	18 "	"
" 80 — 90 "	1 "	5 "	"
	30 m.,	48 w.	Kranke.

Von diesen starben an den gewöhnlichen Folgen und Complicationen des Lungencatarrhs, nämlich Emphysem, Bronchopneumonie, Herzerweiterung und Hydrops 13 männl., 33 weibliche Kranke; an Necrose des Lungengewebes und putrider Bronchitis 3 männl., 2 weibl., an hinzugetretener lobärer Pneumonie 3 w., an Pleuritis 1 männl., 1 weibl., an Pericarditis 3 m., 1 w. (von denen 1 männl. gleichzeitig Pleuritis hatte). Stenose des Ostium Aortae hatte 1 weibl., alte Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel 1 w., Insufficienz der Mitralklappe 1 w. Kranke; bei 1 männl. Kranken war Peritonitis hinzugetreten; bei 2 weibl. Kranken war gleichzeitig Magencarcinom vorhanden; Cirrhose der Leber bei 1 männl. Kranken; Carcinom der Leber bei 1 männl. Kranken; chronischer Blasencatarrh bei 3 männl. Kr.; Bluterguss ins Mesenterium bei 1 weibl. Kr.; Gehirnblutung bei 2 männl.,

1 weibl. Kr.; gangraenoses Erysipelas bei 1 männl., 1 weibl. Kranken. Ein 4jähriges Mädchen litt an Keuchhusten.

Von Neubildungen wurde bei einem 60jährigen Arbeitsmann Cancroid des Larynx, bei einem 64jährigen Arbeitsmann Carcinom der Lunge und der Drüsen des Mediastinum posticum, bei einem 54jährigen Kutscher Carcinom der Lunge neben Krebs des Schädels und der Leber beobachtet.

Lobäre Pneumonie.

Der Bestand vom vorigen Jahre waren 5 männl., 2 weibl. Kranke, von denen keiner starb.

Aufgenommen wurden

im Januar . .	8 m.,	2 w.	Kr., von denen	1 m.,	1 w.	starben,
„ Februar . .	5 „	— „	„ „ „ „	— „	— „	„
„ März . . .	13 „	2 „	„ „ „ „	1 „	— „	„
„ April . . .	9 „	6 „	„ „ „ „	1 „	2 „	„
„ Mai	9 „	3 „	„ „ „ „	— „	1 „	„
„ Juni	10 „	— „	„ „ „ „	1 „	— „	„
„ Juli	7 „	1 „	„ „ „ „	— „	— „	„
„ August . .	3 „	— „	„ „ „ „	1 „	— „	„
„ September .	6 „	— „	„ „ „ „	— „	— „	„
„ October . .	2 „	— „	„ „ „ „	— „	— „	„
„ November .	5 „	1 „	„ „ „ „	— „	1 „	„
„ December .	9 „	3 „	„ „ „ „	— „	3 „	„
	86 m.,	18 w.	Kr., von denen	5 m.,	8 w.	starben.
Bestand am 1. Januar 1863	8 m.,	— w.	Kr., von denen	— m.,	— w.	starben.

Von diesen Kranken standen in dem Alter

von 0 — 1 Jahr	1 m.,	— w.,	es starben	1 m.,	— w.
„ 1 — 10 „	— „	1 „	„ „ „	— „	— „
„ 10 — 20 „	13 „	1 „	„ „ „	— „	— „
„ 20 — 30 „	54 „	3 „	„ „ „	— „	— „
„ 30 — 40 „	8 „	3 „	„ „ „	— „	— „
„ 40 — 50 „	5 „	1 „	„ „ „	3 „	1 „
„ 50 — 60 „	5 „	4 „	„ „ „	1 „	2 „
„ 60 — 70 „	— „	1 „	„ „ „	— „	1 „
„ 70 — 80 „	— „	3 „	„ „ „	— „	3 „
„ 80 — 90 „	— „	1 „	„ „ „	— „	1 „
	86 m.,	18 w.,	es starben	5 m.,	8 w.

Der Sitz der Pneumonie war

im rechten oberen Lappen	bei	9 m.,	4 w.,	von denen 1 m.,	3 w. starben,
„ „ unteren „	„	31 „	5 „	„ „ — „	1 „ „
„ linken oberen „	„	1 „	— „	„ „ — „	— „ „
„ „ unteren „	„	25 „	3 „	„ „ — „	1 „ „
in den beiden Lungen- „	„	5 „	2 „	„ „ 3 „	2 „ „

Ueber 14 männl., 4 weibl. Kranke fehlen die Notizen.

Die Zeit, in welcher die Höhe der Krankheit erreicht war und die Fieberabnahme begann, wurde nur in 56 Fällen festgestellt.

Es war der	dritte Tag	in	4 Fällen,
„	vierte „	„	5 „
„	fünfte „	„	12 „
„	sechste „	„	17 „
„	siebente „	„	10 „
„	achte „	„	5 „
„	neunte „	„	3 „
„	zehnte „	„	2 „
			56 Fälle.

In dem Alter zwischen 1 und 60 Jahren befanden sich 78 männl., 8 weibl. Kranke, bei welchen keine Complication zugegen war; keiner von diesen starb.

Ueber den verstorbenen halbjährigen Knaben besitze ich keine nähere Notiz. Ein 42jähriger Fabrikarbeiter mit sehr ausgedehntem, unvollkommen geheilten Lupus des Gesichts, litt an Pneumonie des rechten oberen Lappens und starb nach zweitägigem Aufenthalte; die Section konnte nicht gemacht werden, höchst wahrscheinlich war tuberculose Infiltration der Lunge vorhanden. Ein 42jähriger Fabrikarbeiter, welcher an Pneumonie des linken unteren und des rechten oberen Lappens mit Pleuritis litt, hatte schon früher an chronischen Lungencatarrh gelitten. Ein 41jähriger Schuster, ebenfalls an Pneumonie des linken unteren und rechten oberen Lappens leidend, war ein starker Branntweintrinker und litt an Erweiterung der Hirnventrikel mit Verdickung des Ependym. Ein 52jähriger Arbeitsmann, wegen Paraplegie schon einige Zeit im Krankenhause und an Nierenatrophie leidend, starb an beiderseitiger Pneumonie. Eine 42jährige Schustersfrau hatte ausser der Pneumonie noch Stenose des Mitralostium und des Ostium Aortae. Eine 57jährige Arbeitsmanns-Wittwe, längere Zeit wegen chronischen Lungencatarrhs

mit Emphysem in der Siechenstation, starb am fünften Tage, nachdem sie an Pneumonie des linken unteren und rechten oberen Lappens erkrankt war. Eine 52jährige Wärterin litt an langjährigem Durchfall mit Ulceration der Schleimhaut des Rectum; auch bei ihr war die Pneumonie beiderseitig. Eine 62jährige Boten-Wittwe litt an Pachymeningitis chronica. Eine 73jährige Taglöhnerin, welche an Pneumonie des linken unteren Lappens starb, war schon länger an Beingeschwüren, sowie an Scoliosis und chronischem Lungencatarrh leidend. Eine 71jährige Arbeiterin hatte Stenose des Mitralostium und chronischen Lungencatarrh; sie starb an Pneumonie des rechten oberen Lappens. An demselben Klappenfehler, sowie an chronischem Lungencatarrh litt eine 71jährige Fabrikarbeiters-Frau, welche ausser der Pneumonie des rechten oberen Lappens noch Pericarditis hatte. Eine 84jährige ehemalige Näherin, früher dem Trunke ergeben und etwas geistesschwach, schon seit 3 Jahren im Krankenhause, erlag ebenfalls einer Pneumonie des rechten oberen Lappens.

Bei 1 männl., 1 weibl. Kranken, welche hergestellt wurden, war chronischer Lungencatarrh vorhanden; ein 21jähriger Tischlergesell litt zugleich an Erysipelas faciei und wurde ebenfalls hergestellt; desgleichen ein 19jähriger Matrose, welcher ein pleuritisches Exsudat von längerer Dauer und ein 14 Tage hindurch fortdauerndes hohes Fieber hatte.

Ein 20jähriger Schustergesell, welcher an Pneumonie des rechten unteren Lappens litt und am Ende des sechsten Tages der Krankheit schon normale Temperatur hatte, bekam in der Reconvalescenz Melancholie mit Verfolgungswahn und musste auf die Irrenabtheilung verlegt werden.

Die Behandlung der Pneumonie war, wie in den früheren Jahren, lediglich eine symptomatische.

Pleuritis.

An dieser Krankheit waren am Ende des Jahrs 1861

in Behandlung	2 m.,	2 w.,	von denen			1 m.,	— w.	starben.	
Aufnahme im Januar . .	4 „	1 „	„	„		1 „	1 „	„	„
„ „ Februar .	1 „	1 „	„	„		1 „	— „	„	„
„ „ März . . .	5 „	1 „	„	„		1 „	— „	„	„
„ „ April . . .	2 „	1 „	„	„		1 „	— „	„	„
„ „ Mai . . .	7 „	2 „	„	„		2 „	1 „	„	„

Aufnahme im Juni . . .	4 m.,	— w.,	von denen	1 m.,	— w.	starben,
„ „ Juli	3 „	— „	„ „	1 „	— „	„
„ „ August . .	2 „	2 „	„ „	1 „	— „	„
„ „ September .	2 „	1 „	„ „	1 „	1 „	„
„ „ October .	6 „	1 „	„ „	— „	— „	„
„ „ November	5 „	2 „	„ „	1 „	— „	„
„ „ December	6 „	2 „	„ „	1 „	— „	„
zusammen	49 m.,	16 w.,	von denen	13 m.,	3 w.	Kranke.

Die Todesfälle betrafen: 3 marastische Männer von 77, 79 und 81 Jahren; 5 männliche Kranke verschiedenen Alters mit primärer Tuberculose; eine weibl. Kranke, bei welcher Carcinom der Pleura vorhanden war; einen Matrosen mit ursprünglicher Abscedirung des peripleuralen Zellgewebes; eine 70jährige Frau mit chronischer eitriger Periostitis der Rippen; 3 männl. Kranke mit chronischer Pleuritis und Ulceration der anliegenden Gewebe; ein 20jähriges Dienstmädchen, bei welchem sich beiderseitige Pleuritis mit Pericarditis entwickelt hatte, und einen 29jährigen Schneidergesellen, über welchen keine nähere Notiz vorhanden ist.

Das Exsudat hatte seinen Sitz auf der rechten Seite bei 30 männl., 7 weibl. Kranken, von denen 7 männl., 1 w. starben; auf der linken Seite bei 17 männl., 8 weibl. Kranken, von denen 5 männl., 1 weibl. starben; auf beiden Seiten bei 1 männlichen, 1 weibl. Kranken, welche beide starben. Ueber einen männlichen Kranken fehlt die Angabe.

Einmal war die Pleuritis mit deutlichen scorbutischen Erscheinungen complicirt. — Bei einem 21jährigen Matrosen waren neben rechtsseitiger Pleuritis noch Erscheinungen von Aneurysma Arcus Aortae zugegen; der Kranke reiste nach Beseitigung des Exsudates in seine Heimath. Bei 2 männl., 2 weibl. Kranken war gleichzeitig mit der Pleuritis eine oberflächliche Erkrankung einzelner Rippen verbunden; 1 weibl. Kranke von diesen starb. — Die Paracentese des Thorax wurde wegen pleuritischen Exsudates bei 7 männlichen Kranken gemacht. Zwei derselben hatten Pyopneumothorax und deutliche Lungentuberculose; die Erleichterung war in beiden Fällen keine bedeutende, der eine Fall endete bald tödtlich, in dem anderen erfolgte der Tod erst nach einiger Zeit. Von den übrigen Fällen war die wiederholte Paracentese bei 2 männl. Kranken mit chronischem purulenten Exsudate und bei

vorher schon vorhandenen Erscheinungen von Ulceration der Pleura ohne günstigen Ausgang. Sehr günstig war derselbe in den übrigen drei Fällen; bei allen war die gänzliche Heilung langwierig und in dem einen nur unvollständig, indem bei gutem Allgemeinbefinden noch Fisteln zurückblieben, welche offenbar mit Erkrankung einer Rippe im Zusammenhang standen.

Krankheiten des Herzens und der Gefässe.

Primäre und isolirte Pericarditis kam nicht vor. — Ausser bei acutem Gelenkrheumatismus wurde noch in folgenden Fällen Pericarditis beobachtet: Bei 3 männl. Kranken neben chronischem Lungencatarrh und Emphysem, hier war das Exsudat zweimal mit Blut gemischt; bei 1 männl. Kranken neben Peritonitis in Folge von Paracentese; bei 3 männl. Kranken neben Pleuritis; bei einer weibl. Kranken neben Endocarditis.

Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel wurde bei einer 78jährigen Frau gefunden.

Endocarditis kam ausser bei acutem Rheumatismus noch vor bei 2 männl. Kranken in Folge von acuter Periostitis mit mehrfachen embolischen Heerden, bei 1 männlichen Kranken neben Hypertrophie und Dilatation des Herzens in Folge von chronischem Lungencatarrh und bei einem 17jährigen Dienstmädchen neben Pericarditis. In diesem letzten Falle waren mehrere kleine Substanzverluste im Endocardium.

Hypertrophie mit Erweiterung der rechten Herzhälfte wurde bei den Sectionen in den Leichen von 10 männl., 8 weibl. Kranken gefunden, jedesmal in Folge von Hindernissen im kleinen Kreislauf; ausserdem wurde sie häufig während des Lebens diagnosticirt. — Hypertrophie des linken Ventrikels ohne Klappenfehler wurde in den Leichen von 9 männl., 3 weiblichen Kranken gefunden, jedesmal mit Schrumpfung der Nieren. Zweimal war diese letztere Folge von Erweiterung der Harnwege. — Bei einem 21jährigen Schustergesellen waren die Erscheinungen der Hypertrophie des linken Ventrikels ohne Klappenfehler und ohne Eiweiss im Harne zugegen.

Klappenfehler. — Stenose des Mitralostium kam bei 3 männl., 6 weibl. Kranken vor; Insufficienz der Mitral-

klappe wurde in den Leichen von 1 männl., 2 weibl. Kranken gefunden, bei 4 männl. 1 weibl. diagnosticirt. — Stenose des Aortenostium wurde bei 2 männl., 3 weibl. Kranken gefunden. Insufficienz der Aortaklappen bei 4 männl., von denen einer ganz plötzlich starb.

An Neubildungen im Herzen sind hervorzuheben zwei Fälle von Krebsablagerung in der Herzsubstanz neben anderweitigen Krebsbildungen, bei einem 55jährigen Arbeitsmann und einer 76jährigen Frau.

Ein Aneurysma der absteigenden Aorta, welches durch Perforation des Magens den Tod herbeiführte, war während des Lebens nicht erkannt.

Thrombosen, sowohl autochtone, als in Folge von Embolie, kamen häufig zur Beobachtung. Hervorzuheben sind folgende:

Bei 3 männl. Kranken waren vielfache durch Embolie entstandene Abscesse an verschiedenen Stellen vorhanden, zweimal in Folge von acuter Periostitis, einmal in Folge eines acuten Beckenabscesses. — Bei 2 weibl. Kranken waren Thrombosen in Hirnarterien, bei einer anderen wurde sie vermuthet. In einem dieser Fälle war eine Embolie in die linke Arterie axillaris vorhergegangen. Eine Thrombose der rechten Subclavia, offenbar von langem Bestande, wurde zufällig bei der Section einer 79jährigen Frau gefunden. — Thrombose einiger Verästelungen der Coronararterien mit Schwielenbildung im Herzfleische fand man bei einer 69jährigen Frau. — Im venösen Kreislauf kamen öfter Thrombosen vor, namentlich auch in der Lungenarterie. — In zwei Fällen waren mit Verstopfung kleinerer Hautvenen Ecchymosen der Haut verbunden, in der Form, wie sie mit Oedem des Zellgewebes an den Unterschenkeln die sogenannte Peliosis rheumatica darstellen.

Krankheiten des Verdauungskanals.

An Angina tonsillaris litten 35 männliche, 7 weibliche Kranke. Von diesen mussten 6 männl., 2 weibl. als Fälle von Diphtheritis aufgefasst werden, von denen eine weibl. starb. Bei dieser Kranken war der Process auf die rechte Tonsille beschränkt und bot im Anfange so geringe Erscheinungen dar, dass die plötzlich eintretende Athemnoth unerwartet kam. Die Tracheotomie

wurde sogleich vorgenommen, die Kranke starb jedoch noch während der Operation. Bei der Section fand sich eine nicht adhärirende Exsudatmembran auf der inneren Fläche des Kehlkopfs, der Luftröhre und der grösseren Bronchialverästelungen.

An acutem gastrischen Catarrh litten 71 männliche, 27 weibl. Kranke. Die hierhergerechneten Fälle waren häufig mit mehrtägigem Fieber verbunden, ohne dass man mit Sicherheit einen bekannten anderen Process erkennen konnte. Bei 41 männl., 2 weibl. Kranken liess sich mit Wahrscheinlichkeit unvollkommen entwickelter Abdominaltyphus annehmen. Dass ich für die unter dem Namen des acuten gastrischen Catarrhs aufgeführten Fälle keineswegs in diesem die eigentliche Krankheitsursache annehme, habe ich schon früher wiederholt hervorgehoben und mich dieser Bezeichnung nur bedient, weil ausser dem in einigen Fällen vorhandenen Fieber der Magencatarrh das hervorstechendste Symptom darbietet. Die veranlassenden Ursachen sind offenbar verschiedener Art, namentlich bei empfindlichen Individuen weiblichen Geschlechts, ohne jedesmal mit Sicherheit nachgewiesen werden zu können.

An chronischem Magencatarrh litten 3 männl., 1 weibl. Kranke; die Ursache liess sich in diesen Fällen nicht mit Bestimmtheit nachweisen.

Cardialgie wurde bei 2 männl., 18 weibl. Kranken beobachtet. Bei den männlichen Kranken war Verdacht auf Bleivergiftung vorhanden; bei den weiblichen war muthmasslich in manchen Fällen chronisches Magengeschwür vorhanden, in anderen dagegen war der Magenschmerz offenbar abhängig von Irritationszuständen der inneren Genitalien.

Das chronische runde Magengeschwür wurde stets nur in den Fällen als sicher vorhanden angenommen, in denen sich neben den übrigen Symptomen auch Blutbrechen gezeigt hatte. Die Krankheit wurde bei 9 weibl. Kranken diagnosticirt, zweimal ward die Diagnose durch die Section bestätigt. In dem einen dieser Fälle starb die Kranke in Folge der Anfressung der Arteria lienalis, in dem anderen starb sie an Tuberculose. Bei einer 60jährigen Arbeiterin, welche an chronischem Lungencatarrh mit Wassersucht gelitten hatte, wurde ausserdem noch zufällig

ein Magengeschwür gefunden. Strahlige Schleimhautnarben im Magen waren, wie immer, ein häufiger Befund in den Leichen weiblicher Kranken.

Krebs des Oesophagus kam bei 6 männl., 1 weibl. Kranken vor. Bei einem der männlichen Kranken erfolgte Durchbruch des Geschwürs in die Lunge, bei einem anderen war gleichzeitig ein Eiterheerd in Folge von Erkrankung der Wirbel hinter der Speiseröhre vorhanden. Bei der weibl. Kranken waren die Erscheinungen eines heftigen Brechdurchfalls zugegen, als sie in ganz erschöpftem Zustande ins Krankenhaus kam, so dass der Befund ein unerwarteter war.

An Krebs des Magens litten 10 männl., 3 weibliche Kranke. Bei 2 männl. war die Cardia, bei 2 männl., 2 weibl. war der Pylorus der Sitz der Krankheit; bei 2 männl. war der ganze Magen in eine enge, harte, cylindrische Geschwulst verwandelt.

Bei einem 62jährigen Arbeiter fand man polypöse Wucherungen der Magenschleimhaut neben Krebs der Leber.

An Intestinalcatarrh litten 57 männliche, 4 weibliche Kranke. — Es starben 3 männl. Kranke; zwei derselben waren atrophische Säuglinge, der dritte hatte lentescirende Geschwüre von einem vor zehn Wochen eingetretenen Abdominaltyphus. — In mehreren der Fälle von Intestinalcatarrh war früher Dysenterie vorhanden gewesen, in deren Folge sich bei sehr geringfügigen Veranlassungen wieder Durchfall zeigte. Die erzielte Besserung war daher wohl stets nur eine vorübergehende.

Colikartige Zufälle, meist mit Verstopfung, aber auch ohne diese, mit Auftreibung des Leibes, ohne deutliche Peritonitis wurden bei 3 männl., 2 weibl. Kranken beobachtet und beseitigt. ohne dass es gelang in diesen, theilweise hartnäckigen Fällen zu einer bestimmten Diagnose zu gelangen.

Eine 46jährige Frau starb an Peritonitis in Folge des Durchbruchs von runden Duodenalgeschwüren, welche dem Anschein nach erst kurze Zeit bestanden hatten. — Ein 51jähriger Arbeitsmann, der längere Zeit an Durchfall gelitten hatte, ohne ärztliche Hülfe zu suchen, starb schnell an Peritonitis, ohne dass

die vorhandenen catarrhalischen Geschwüre des Dickdarms eine Perforation veranlasst hatten. Es schien vielmehr eine theilweise Achsendrehung der Flexura iliaca die Peritonitis hervorgerufen zu haben.

An Carcinom des Rectum litten 1 männl., 2 weibl. Kranke; bei einer der letzteren war Durchbruch nach der Vagina erfolgt.

Bei einer 72jährigen Frau, welche an Bronchopneumonie starb, fand man eine Eweiterung des an seiner Mündung verschlossenen Processus vermiformis von ungewöhnlicher Grösse. Der Inhalt bestand aus glasshellem, zähen Schleim.

Peritonitis.

Ohne nachweisbare Ursache wurde bei 1 männl., 1 weibl, Kranken Peritonitis mit tödtlichem Ausgange beobachtet. Die weibl. Kranke war 66 Jahre alt und litt an chronischem Gelenkrheumatismus und an Lungentuberculose; das Exsudat war nur von geringer Ausdehnung. — Ueber den männl. Kranken, einen 24jährigen Knecht, besitze ich ausser dem Sectionsberichte keine näheren Notizen. — In mehreren nicht tödtlich verlaufenen Fällen blieb ebenfalls der Ausgangspunct der Peritonitis unklar, indem man nicht die gewöhnlichen, oft schon aus der Oertlichkeit der Exsudatbildung zu vermuthenden, veranlassenden Ursachen voraussetzen konnte. So war bei einem 18jährigen Dienstmädchen die rechte Seite des Leibes neben rechtsseitiger Pleuritis, bei einem 24jährigen Dienstmädchen die linke Seite neben gleichseitiger Pleuritis ergriffen; bei einem 34jährigen Dienstmädchen hatte das Exsudat seinen Sitz im linken Hypochondrium; bei einem 21jährigen Klempnergesellen in der linken Unterbauchgegend. Bei einem 24jährigen Matrosen waren neben peritonitischen Erscheinungen noch Symptome eines rechtsseitigen Lumbarabscesses vorhanden, doch wurde der Kranke nach längerem Leiden geheilt, ohne dass sich der vermuthete Abscess deutlich entwickelt hätte. Die genaue Diagnose solcher Fälle ist natürlich schwierig und häufig unmöglich; auch das wirkliche Vorhandensein der Peritonitis ist, trotz vermeintlich deutlicher Erscheinungen keineswegs sicher, oder diese kann in nur geringem Grade, als eine unwesentliche Begleiterscheinung vorhanden sein. Hierfür gab der Fall eines

25jährigen Hufschmiedes einen Beleg, wo die Diagnose anfangs auf umschriebene Peritonitis der Coecalgegend in Folge von Perforation des Wurmfortsatzes gestellt war und der weitere Verlauf zeigte, dass man es mit einem Abscess der rechten Fossa iliaca zu thun gehabt hatte. Unbestimmt blieb auch die Diagnose bei einem 22jährigen Dienstmädchen, bei welchem eine starke Ansammlung von Flüssigkeit im Peritonaealsack vorhanden war. Es war hier Fieber und Schmerzhaftigkeit des Leibes zugegen. die Kranke hatte die Anschwellung allmählich bekommen und zuerst in der rechten Seite des Leibes nach unten bemerkt; die starke Spannung und rasche Zunahme des Ascites, die Schmerzen und die Athmungsbeschwerde veranlassten, zur Paracentese zu schreiten; die entleerte Flüssigkeit war wässerig, aber etwas trübe; die Entleerung schaffte bedeutende Erleichterung, ohne irgend welche Nachtheile mit sich zu führen. Zuletzt wurde die Kranke geheilt entlassen, ohne Spuren von Exsudat.

Peritonitis der Beckenhöhle beim weiblichen Geschlecht, offenbar von den inneren Genitalien ausgehend, kam 34mal bei Prostituirten, ausserdem noch bei 10 Kranken vor. Eine Kranke starb; es war hier in Folge der Perforation einer Tube ein anfangs umschriebener Exsudatheerd entstanden, dessen Wandungen ulcerirten und so endlich zur Entstehung von allgemeiner Peritonitis Veranlassung gegeben hatten. In zwei Fällen wurde ein in die Vagina hineinragendes peritonitisches Exsudat durch Punction entleert, beidemal mit günstigem Erfolge.

Peritonitis mit tuberculösem Exsudate kam vor bei einem 5jährigen Knaben und einem 18jährigen Schiffsjungen mit dicken käsigen, theilweise zerfallenen Massen zwischen den Blättern des Peritonaeum; bei einem 63jährigen Mann hatte das tuberculose Exsudat die Form kleiner Granulationen, während die Peritonaealflächen durch Bindegewebe verklebt waren. Bei einer 67jährigen Frau war viel freie wässerige Flüssigkeit zugleich vorhanden; bei einem 35jährigen epileptischen und blödsinnigen Mädchen fand sich Ulceration des Peritonaeum und secundäre Perforation des Coecum neben Tuberculose der inneren Genitalien.

Abgeleitete Peritonitis, von Darmgeschwüren, welche bis nahe an die Serosa drangen, wurde bei 2 männl., 1 weibl. Kranken beobachtet.

Durch Perforation entstand Peritonitis einmal bei Typhus, bei 3 männl. Kranken bei tuberculösen Darmgeschwüren, bei einer weiblichen Kranken bei Duodenalgeschwüren, bei einer andern Kranken war ein abgesackter Heerd hinter dem Magen durch Durchbohrung eines Magengeschwüres entstanden, bei einer Kranken war ein chronischer Beckenabscess perforirt. Bei zwei Kranken mit Carcinoma Uteri erfolgte Durchbruch der verjauchenden Geschwulst in die Beckenhöhle; einmal entstand allgemeine, ein andermal umschriebene Peritonitis. Durchbohrung des Wurmfortsatzes führte bei 2 männl., 1 weiblichen Kranken den Tod herbei.

Kurze Zeit uach der Paracentese einer alten Ovariencyste und nach der Punction eines Ascites bei chronischem Morbus Brightii entstand Peritonitis. beidemal ohne dass bei der Section die Stichwunde als der Ausgangspunct der Entzündung erschienen wäre.

Krankheiten der Leber und Gallenwege.

Icterus wurde bei 18 männlichen, 8 weiblichen Kranken behandelt. Zwei Fälle endeten tödtlich mit den Erscheinungen des Icterus gravis. In dem einen Falle, bei einem 30jährigen Dienstmädchen, zeigte der Leichenbefund ganz die Erscheinungen wie bei Phosphorvergiftung, doch liess sich diese durch nähere Nachforschung nicht mit Sicherheit feststellen. In dem andern Falle, bei einem 30jährigen Zimmergesellen, war die Grösse und das Aussehen der Leber ohne wesentliche Abweichung; die Farbe war etwas blassbraun, das Gewicht betrug 1700 Gramm, auf der Schnittfläche war die acinöse Structur etwas undeutlich. — Von den übrigen Kranken war bei einem der Verdacht auf Gallensteine, bei einem anderen war eine Complication mit Delirium tremens verhanden; eine weibliche Kranke war im Zustande der Gravidität, eine andere bekam kurz nach dem Wochenbett Icterus mit etwas Ascites ohne Erscheinungen von Peritonitis; sie wurde ganz hergestellt. Bei einem männlichen Kranken mit chronischem Lungencatarrh und Emphysem schien die Blutstauung in der Leber den Icterus bedingt zu haben.

Cirrhose der Leber wurde in bedeutenderem Grade bei 3 männl. Kranken durch die Section constatirt; in keinem Falle war Icterus zugegen gewesen.

Bei einer 45jährigen Frau, welche erschöpft ins Krankenhaus kam, Anasarca der unteren Körperhälfte hatte, nicht icterisch war, sondern nur schmutzig blassgelb aussah, wenig delirirte und offenbar dem Alcohol sehr ergeben war, wurde bei der Section eine sehr grosse, blasse Fettleber gefunden (Gewicht, 4538 Gramm). Der untere Theil war derbe und wie von schwieligem Bindegewebe durchsetzt, doch glatt und ohne Spur einer Granulationsbildung, der obere Theil war weich und turgescirend, die Beschaffenheit war abgesehen von der mehr bleichen Färbung ganz ähnlich, wie bei den acuten Fettlebern in Folge von Phosphorvergiftung, auch zeigten die Nieren und die Musculatur des Herzens die entsprechenden Veränderungen, es fehlten jedoch die verbreiteten Ecchymosen.

Carcinom der Leber wurde bei 8 männl., 3 weibl. Kranken beobachtet, mit Ausnahme eines Falles, stets in Verbindung mit Krebsablagerung in anderen Organen.

Echinococcussäcke wurden zweimal in der Leber zufällig gefunden. Beide Kranke waren an Tuberculose gestorben; die Säcke waren schon älter, der eine enthielt nur noch einen fettigen Brei mit Resten von Blasen, der andere hatte gallige Niederschläge auf der innern Fläche des Sackes, ohne dass eine Comunication mit einem Gallengange nachzuweisen war.

Thrombose der Pfortader wurde bei einem männlichen und einer weiblichen Kranken beobachtet; die Beschreibung beider Fälle erfolgt weiter unten.

Krankheiten der Harnorgane.

Von den verschiedenartigen Erkrankungen der Niere, welche man früher unter dem Namen des Morbus Brightii zusammenfasste, hat man nach und nach angefangen, einzelne Gruppen zu unterscheiden, je nachdem vorzugsweise das Epithel der Harncanälchen, das Bindegewebe der Niere oder die Gefässe erkrankt sind. Natürlich lässt sich diese Trennung in der Wirklichkeit nicht überall so strenge durchführen, weil die krankhaften Vorgänge nicht in so getrennter Weise verlaufen und namentlich nicht im Leben sich durch hinreichend deutliche Merkmale unterscheiden, um nicht Irrthümer in der Diagnose zuzulassen. Gleichwohl muss der Versuch gemacht werden, auch in klinischer

Beziehung die Fälle von Bright'scher Krankheit schärfer zu sondern, als es bisher allgemein üblich war. Die Fälle, welche im Jahre 1862 im Hamburger allgemeinen Krankenhause beobachtet wurden, liessen sich ungefähr in folgender Weise abgrenzen. Acute parenchymatöse Erkrankung kam bei 4 ml., 3 w. Kranken vor. Keiner dieser Kranken starb, bei Keinem war indessen die Heilung bei der Entlassung so weit vorgeschritten, dass der Harn wieder ganz die normale Beschaffenheit angenommen hatte; die von ihren Beschwerden befreiten Kranken liessen, wie gewöhnlich, sich durch die Vorstellungen des Arztes nicht bewegen, die völlige Heilung abzuwarten. An der chronischen Form der parenchymatösen Erkrankung litten 4 männl., 1 weibliche Kranke. Letztere und 2 männliche Kranke starben, ein Kranker wurde bedeutend gebessert, ein anderer ungeheilt entlassen. Bei der weiblichen Kranken, einer 78jährigen Frau, und bei einem 56jährigen Schuster wurden ältere Erkrankungen der Mitral- und Aortaklappe gefunden. Bei dem zweiten männlichen Kranken wurde der Tod zunächst durch acute Peritonitis und Pericarditis veranlasst. — Chronische Erkrankung des interstitiellen Bindegewebes mit Atrophie der Niere wurde bei 9 männlichen, 1 weiblichen Kranken durch die Section constatirt. In allen Fällen war Hypertrophie des linken Herzventrikels zugegen. Mehrere dieser Fälle habe ich in dem letztem Hefte dieser Mittheilungen näher beschrieben. —

Die amyloide Degeneration der Gefässe und des Parenchyms kam ausser den schon bei der Tuberculose aufgeführten Fällen noch bei zwei Frauen mit chronischer Entzündung der Gelenke, bei einer Kranken mit Resten früherer Syphilis und einer anderen mit narbiger Strictur des Rectum vor. Diese Form der bisher unter dem Namen der Brightschen Krankheit zusammengefassten Krankheitsprocesse ist meist aus den begleitenden und vorausgegangenen constitutionellen oder localen Leiden zu diagnosticiren, für sich allein aber gewöhnlich der der parenchymatösen Nierenerkrankung ganz ähnlich; sie kann aber ebensowohl sich mit der Atrophie der Nieren in Folge von Bindegewebsentwicklung combiniren und hat dann dieselben Erscheinungen wie diese zur Folge.

Vereiterung des Nierengewebes fand sich öfter bei chronischem Blasencatarrh; ausserdem wurde sie noch beobachtet

bei einer 83jährigen Frau neben chronischer Peritonitis und bei zwei Männern in Verbindung mit Abscedirung des die Niere umgebenden Zellgewebes. Bei längerer Dauer des Uebels ist in solchen Fällen die Entscheidung oft nicht mit Sicherheit zu treffen, ob der Process zuerst im umgebenden Zellgewebe oder in der Niere selbst begonnen habe. Die in der letzten Zeit öfter gewählte Bezeichnung dieser Krankheitsform als Perinephritis kann überhaupt nur den Zweck haben, den Sitz des Uebels anzudeuten; man darf mit derselben aber nicht, wie früher bei der Peritvphlitis, zugleich den Begriff einer besonderen und selbstständigen Form der Zellgewebsentzündung verbinden wollen. In dem einen der beiden Fälle waren die anliegenden Wirbel erkrankt; in dem anderen, bei einem 51jährigen Arbeitsmann, waren neben den Erscheinungen des eitrigen Blasen- und Nieren-Catarrhs noch starke Durchfälle zugegen. Hier zeigte sich bei der Section statt der vermutheten Tuberculose ausser der Vereiterung der Niere und des sie umgebenden Zellgewebes eine croupöse Entzündung der Schleimhaut des Dünndarms.

Der Tuberculose der Nieren ist schon oben bei der Tuberculose gedacht worden.

Krebs der Nebennieren kam bei einem 71jährigen Mann in Folge von Cancroid der Genitalien in Verbindung mit Leberkrebs vor.

Die Erscheinungen von Pyelitis renalis mit Colikanfällen bot ein 20jähriger Hufschmiedgesell dar; die krankhaften Erscheinungen waren bei seiner Entlassung verschwunden. Der eitrige Catarrh der Nierenbecken war ausserdem häufig in Verbindung mit chronischem Blasencatarrh vorhanden.

Hydronephrose war öfter bei Carcinoma Uteri zugegen; einmal war sie Folge von Verlängerung des Uterushalses, welcher eine Ausstülpung und Senkung des unteren Theils der hinteren Blasenwand bedingt hatte. Bei einer 60jährigen Arbeiterin war die Hydronephrose auf die linke Seite beschränkt und mit Hypertrophie des linken Herzventrikels verbunden.

Acuter Blasencatarrh kam bei 4 männlichen, 1 weiblichen Kranken vor. Chronischer Blasencatarrh bei 11 männlichen Kranken. Von diesen starben sechs, einer derselben an Lungentuberculose. Vier der anderen waren über 70 Jahre alt, des sechste starb im sechszigsten Jahre und hatte gleichzeitig chronischen Lungencatarrh.

Zottenkrebs der Blase war bei einem 70jährigen Mann vorhanden. — Bei einem 63jährigen Arbeitsmann, welcher an Tuberculose starb, fand man eine zottige Wucherung der Schleimhaut des Blasenhalses ohne Krebsbildung.

Drei männliche Kranke litten an Neuralgia urethrae, einer derselben ward etwas gebessert, die anderen blieben ungeheilt.

An Diabetes mellitus litten 3 männliche Kranke, von denen zwei im Verlaufe der Krankheit Lungentuberculose bekommen hatten; bei dem dritten konnte die Section nicht gemacht werden, doch waren auch hier die Symptome der Lungentuberculose vorhanden.

Ein 27jähriger Zimmergesell litt an Polyurie; er war sehr anämisch und litt an Schwindel, Kopfschmerz und Augenschwäche. Er verliess nach längerem Aufenthalte nur wenig gebessert das Krankenhaus.

Krankheiten des Uterus, der Tuben und Ovarien.

An Uterinblutungen litten 9 Kranke, in zwei Fällen beruhten diese auf profuser Menstruation, zweimal waren sie durch Abortus bedingt, einmal war gleichzeitig Perimetritis vorhanden, in drei Fällen war keine bestimmte Ursache aufzufinden.

Hyeraesthesie des Uterus, ohne wesentlich nachweisbare anatomische Störung kam in 4 Fällen vor.

Prolapsus Uteri kam dreimal vor. Zweimal war der nicht veränderte Fundus Uteri an seiner normalen Stelle, die Portio vaginalis war dagegen abnorm verlängert und hatte den hintern Theil der Harnblase mit herabgezogen.

Carcinom kam bei 14 Kranken vor; 9 starben, 4 wurden ungeheilt entlassen. Zweimal war die Erkrankung auf die Vagina beschränkt; zweimal fand Perforation der Blase, einmal gleichzeitig des Rectum statt. Zweimal verjauchte das umgebende Zellgewebe und bewirkte hierdurch Perforation des Peritonaeum in der Douglas'schen Falte. Mehrmals waren die Ureteren in Folge der Compression innerhalb der Beckenhöhle erweitert; in diesen Fällen war fast immer hartnäckiges Erbrechen zugegen. Bei vorgeschrittener Ulceration traten in zwei Fällen heftige Blutungen ein, welche in dem einen Fall direct den Tod herbeiführten.

Einmal ward Tuberculose der Tubenschleimhaut beobachtet.

In einem anderen Falle entstand durch catarrhalische Ulceration eine Perforation der rechten Tube und hierdurch eine langwierige Peritonitis mit tödtlichem Ausgange.

Cystengeschwülste des Ovarium kamen dreimal vor. Einmal verschwand das Uebel nach wiederholter Punction anscheinend vollständig, doch ist über den Zustand der Kranken nach ihrer Entlassung nichts weiter bekannt geworden. In den beiden anderen Fällen trat nach wiederholter Punction tödtliche Peritonitis ein.

Hautkrankheiten.

An Eczema litten 38 männl., 15 weibliche Kranke. Bei vielen dieser Kranken waren bestimmte Hautreize als Ursache mit Sicherheit nachzuweisen. Bei den Maurern und Bäckern giebt der Kalk- und Mehlstaub bekanntlich eine häufige Veranlassung zu Eczem; ausser diesen wurden reizende Salben und Pflaster, Cementstaub, Fleckwasser, Salzwasser, Sonnenhitze und Ungeziefer als Ursache des Eczems angegeben oder aufgefunden. Das Eczem hatte seinen vorzugsweisen Sitz am behaarten Kopftheil bei 6 männl., 1 weibl., im Gesicht bei 3 männl., 1 weibl., im Gesicht und auf den Händen bei 2 männl., 1 weibl., am Rumpf bei 1 männl., an den oberen Extremitäten bei 4 männl., 5 weibl., an den unteren bei 6 männl., 2 weibl., an den oberen und unteren Extremitäten bei 10 männl., 2 weibl.; über den ganzen Körper in unregelmässiger Weise verbreitet war der Ausschlag bei 6 männl., 3 weibl. Kranken.

Psoriasis wurde bei 8 männlichen, 5 weibl. Kranken mit vorübergehendem Erfolge behandelt.

Herpes Zoster am unteren Theile des Rumpfes kam bei einer 75jährigen Frau vor, welche wegen maniacalischer Aufregung noch vor der Heilung zur Irrenabtheilung verlegt werden musste.

Prurigo kam bei einem 27jährigen Schneidergesellen vor, welcher schon am folgenden Tage wieder seine Entlassung verlangte.

Urticaria wurde bei 2 männl., 1 weibl. Kranken behandelt; nur im letzteren Falle war Fieber zugegen.

Erythema nodosum (contusiforme) kam bei 1 männl., 2 weibl. Kranken vor. — Eine nicht näher zu bestimmende verbreitete Hautröthe mit Fieber und catarrhalischen Erscheinungen, doch von Masern hinsichtlich des Exanthems abweichend, wurde bei einem 20jährigen Kellner beobachtet.

Nach längerer, zum Theil mehrjähriger Behandlung wurden in diesem Jahre 3 männl., 1 weibl. Kranke von Favus geheilt entlassen. Die Behandlung bestand nach Entfernung der Krusten und Abscheeren der Haare in Auszupfen der Haarwurzeln an allen Stellen, wo sich Pustelbildung zeigte.



Bericht über das Jahr 1863.

Das Jahr 1863 war durchschnittlich eines der wärmsten. Der Sommer war freilich meist kühl und regnigt, aber der Winter milde und das Frühjahr, wie der Herbst warm. Der Winter hatte eine mittlere Temperatur von + 1°,4, die grösste Kälte betrug nur — 7°,8. Die Windrichtung war vorherrschend südwestlich. Die Witterung des Frühjahrs war anfangs trübe und regnigt, später aber schön und die Vegetation entwickelte sich frühzeitig. Der Sommer brachte sehr veränderliches Wetter, dieses war meist trübe und regnigt, in der zweiten Hälfte des Juli sank die Temperatur bedeutend. Der Herbst war dagegen schön und ungewöhnlich warm.

Die Zahl der auf der medicinischen Abtheilung des Hamburger allgemeinen Krankenhauses behandelten Kranken war um 249 männl., 256 weibliche grösser, als die des Jahres 1862; es machten sich jedoch die in Hamburg herrschenden Epidemieen, mit Ausnahme der Blattern und der Halsentzündung, wenig bemerklich. Das Sterblichkeitsverhältniss war ein sehr günstiges, es betrug 13,62 % für die männlichen, 15,87 % für die weiblichen Kranken, im Jahre 1862 dagegen für jene 16,29 %, für diese 20,51 %. — Die Fälle von acutem Gelenkrheumatismus, von Typhus und den sich ihm anschliesenden gastrischen Catarrhen, sowie von Pneumonie waren zahlreicher, als im vorhergehenden Jahre, von Scharlach kamen auch einige Fälle mehr vor, Masern wurden dagegen gar nicht behandelt, die übrigen epidemischen Krankheiten waren sämmtlich weniger stark vertreten, die Zahl der Wechselfieber war fast um die Hälfte geringer. Die Blattern und die Halsentzündungen waren am stärksten vermehrt, bei

ersteren zeigte sich ein ungünstigeres Sterblichkeitsverhältniss im Vergleiche zu der letzten Epidemic. — Die Sterblichkeit in der mit der medicinischen Abtheilung verbundenen Siechenstation war in diesem Jahre eine geringere, namentlich bei den weiblichen Kranken.

Der Bestand der medizinischen Station war

am 1. Januar 1863 . .	213	männl.,	138	weibl.	Kranke,
Aufnahme von Aussen .	1659	"	869	"	"
" " anderen Stationen	169	"	146	"	"
zusammen . .	2041	männl.,	1153	weibl.	Kranke.

Von diesen wurden entlassen:

nach Aussen geheilt . . .	1097	"	544	"	"
" " gebessert . .	199	"	61	"	"
" " ungeheilt . .	12	"	17	"	"
nach anderen Stationen .	169	"	146	"	"
es starben	278	"	183	"	"
Bestand am 1. Jan. 1864	251	männl.,	159	weibl.	Kranke.

Die grösste Aufnahme war für beide Geschlechter im December, die geringste im October, letztere für die weiblichen Kranken im September; die grösste Sterblichkeit war bei den männlichen Kranken im April, Mai und November, die geringste im October, die grösste bei den weiblichen Kranken im August, die geringste im October.

Von den Gestorbenen befanden sich in dem Alter

von	0	bis	1	Jahr	11	männl.,	10	weibl.	Kranke,
"	1	"	10	"	4	"	4	"	"
"	10	"	20	"	19	"	7	"	"
"	20	"	30	"	84	"	33	"	"
"	30	"	40	"	46	"	27	"	"
"	40	"	50	"	37	"	19	"	"
"	50	"	60	"	32	"	16	"	"
"	60	"	70	"	30	"	34	"	"
"	70	"	80	"	15	"	22	"	"
"	80	"	90	"	—	"	11	"	"
					278	männl.,	183	weibl.	Kranke.

In der Siechenstation war der

Bestand am 1. Jan. 1863 .	71 männl.,	74 weibl. Kranke,
Aufnahme von anderen Stationen	29 „	11 „ „
zusammen . .	100 männl.,	85 weibl. Kranke.

Von diesen wurden entlassen:

nach Aussen	3 männl.,	4 weibl. Kranke,
nach anderen Stationen . .	7 „	5 „ „
es starben	11 „	6 „ „
Bestand am 1. Jan. 1864	79 männl.,	70 weibl. Kranke.

Von den in der Siechenstation Gestorbenen befanden sich in dem Alter

von 20 — 30 Jahren	1 männl.,	— weibl. Kranke,
„ 50 — 60 „	2 „	1 „ „
„ 60 — 70 „	3 „	1 „ „
„ 70 — 80 „	3 „	3 „ „
„ 80 — 90 „	2 „	1 „ „
	11 männl.,	6 weibl. Kranke.

Januar.

Die Witterung war warm, die Luft meist trübe, der Wind anfangs östlich und südöstlich, später fast anhaltend südwestlich; einmal fand ein Gewitter statt.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 2°, 95	+ 9°	+ 4°, 56	— 2°, 6	— 1°, 45

Grösste Differenz eines Tages 6°, 6.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
27″, 10‴, 6	28″, 6‴, 9	26″, 8‴, 6

Grösste Differenz eines Tages 9‴.

Aufgenommen: 163 männl., 80 weibl. Kranke.
Gestorben: 28 „ 15 „ „

Vorherrschende Krankheiten: Lungencatarrh, Typhus, gastrischer Catarrh, acuter Gelenkrheumatismus und Angina.

Februar.

Die Witterung war milde, bei fast beständigem Südwestwinde.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 3°, 46	+ 8°, 2	+ 5°, 7	— 4°	— 1°, 29

Grösste Differenz eines Tages 7°, 9.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 3‴, 7	28″, 8‴, 5	27″, 10‴, 9

Grösste Differenz eines Tages 2‴, 10.

Aufgenommen: 115 männl., 63 weibl. Kranke.
Gestorben: 16 „ 14 „ „

Vorherrsehende Krankheiten: Lungencatarrh, Angina, Pneumonie und acuter Gelenkrheumatismus.

März.

Die Witterung war milde, die Luft aber selten heiter, es fiel viel Regen und Sehnee. Der Wind war anfangs nordöstlieh, aber später westlieh und südwestlieh.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 4°, 13	+ 11°	+ 6°, 45	— 2°	+ 1°, 77

Grösste Differenz eines Tages 7°, 2.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
27″, 9‴, 6	28″, 6‴, 0	27″, 4‴, 7

Grösste Differenz eines Tages 6‴, 5.

Aufgenommen: 123 männl., 81 weibl. Kranke.
Gestorben: 16 „ 18 „ „

Vorherrschende Krankheiten: Lungeneatarrh und acuter Gelenkrheumatismus.

April.

Die Witterung war anfangs warm, die Luft dabei heiter unter vorherrschendem östlichen Winde, gegen Ende des Monats kam Sturm und Regen bei sinkender Temperatur.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 7°, 68	+ 17°, 2	+ 11°, 86	— 0°, 5	+ 3°, 68

Grösste Differenz eines Tages 11°, 7.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 1‴, 0	28″, 4‴, 2	27″, 8‴, 2

Grösste Differenz eines Tages 4‴, 8.

Aufgenommen: 116 männl., 73 weibl. Kranke.
Gestorben: 31 „ 16 „ „

Vorherrschende Krankheiten: Lungencatarrh, obwohl in bedeutend geringerem Grade, und gastrische Catarrhe. Der acute Gelenkrheumatismus hatte abgenommen.

Mai.

Anfangs war das Wetter warm bei herrschendem Ostwinde, dann trat Südwestwind ein, endlich mit abnehmender Temperatur Nordostwind.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 10°, 85	+ 23°, 2	+ 15°, 34	+ 1°, 5	+ 6°, 19.

Grösste Differenz eines Tages 14°, 1.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 2‴, 0	28″, 6‴, 0	27″, 10‴, 2

Grösste Differenz eines Tages 4‴, 5.

Aufgenommen: 131 männl., 80 weibl. Kranke.
Gestorben: 31 „ 17 „ „

Vorherrschende Krankheiten: Pneumonie, Intermittens, Lungencatarrh und acuter Gelenkrheumatismus.

Juni.

Die Witterung war veränderlich, doch mässig schön; es fiel viel Regen. Die Temperatur war anfangs niedrig, zuletzt aber hoch; der Wind war vorherrschend aus Süd-West, West und Nordost.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 14°, 41	+ 26°, 4	+ 18°, 9	+ 4°	+ 9°, 82.

Grösste Differenz eines Tages 13°, 6.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 1‴, 2	28″, 5‴, 3	27″, 7‴, 2

Grösste Differenz eines Tages 3‴, 11.

Aufgenommen: 158 männl., 82 weibl. Kranke.
Gestorben: 19 „ 20 „ „

Vorherrschende Krankheiten: Pneumonie, Typhus und Intermittens.

Juli.

Die Witterung war kalt, namentlich in der zweiten Hälfte des Monats, es regnete viel, der Wind war wenig östlich, meist aus Süd- und Nord-Westen.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 13°, 65	+ 25°, 1	+ 17°, 99	+ 6°, 5	+ 9°, 24

Grösste Differenz eines Tages 15°, 6.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 2‴, 9	28″, 6‴, 4	27″, 8‴, 9

Grösste Differenz eines Tages 3‴ 8.

Aufgenommen: 159 männl., 72 weibl. Kranke.
Gestorben: 19 „ 13 „ „

Vorherrschende Krankheiten: Lungencatarrh und Intermittens.

August.

Die Witterung war anfangs warm, dann, nach einem Gewitter, kalt und regnigt, zuletzt wieder wärmer. Der Wind war vorherrschend Südwest, Nordwest und West.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 15°, 04	+ 25°, 2	+ 19° 24	+ 7° 4	+ 10°, 92

Grösste Differenz eines Tages 12°, 5.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 1‴, 5	28″, 1‴, 8	27″, 11‴, 0

Grösste Differenz eines Tages 2‴, 4.

Aufgenommen:	143 männl.,	62 weibl.	Kranke.
Gestorben:	15 „	21 „	„

Vorherrschende Krankheiten: Typhus, Intermittens, gastrischer Catarrh und Halsentzündung.

September.

Das Wetter war unfreundlich, regnigt und kühl bei vorherrschendem Südwest-Winde.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 11°, 56	+ 19°, 5	+ 14°, 38	+ 5°, 5	+ 8°, 1

Grösste Differenz eines Tages 10°.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 0‴, 5	28″, 4‴, 0	27″, 4‴, 0

Grösste Differenz eines Tages 5‴, 2.

Aufgenommen:	128 männl.,	54 weibl.	Kranke.
Gestorben:	21 „	11 „	„

Vorherrschende Krankheiten: Typhus, Intestinalcatarrh, Angina.

October.

Das Wetter war ungewöhnlich warm, vorzüglich zu Anfang des Monats, dabei heiter, erst zuletzt kam Kälte und Regen. Der Wind war anfangs vorherrschend Südwest, erst zuletzt Nordost und Südost.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 9°, 91	+ 17°	+ 12°, 02	— 1°, 1	+ 7°, 05

Grösste Differenz eines Tages 9°, 2.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 0‴, 10	28″, 4‴, 2	27″, 8‴, 0

Grösste Differenz eines Tages 3‴.

Aufgenommen: 114 männl., 56 weibl. Kranke.
Gestorben: 29 „ 10 „ „

Vorherrschende Krankheiten: Typhus, aber geringer als im vorigen Monat, Intermittens und Lungencatarrh.

November.

Die Witterung war anfangs warm, aber stürmisch, dann ward es kälter und zum Schluss des Monats trat gelindes Frostwetter ein. Es regnete nicht viel, dagegen herrschte Nebel. Der Wind war vorherrschend Südost.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 4°, 28	+ 10°, 2	+ 6°, 19	— 2°, 6	+ 2°, 35

Grösste Differenz eines Tages 6°, 4.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 2‴, 1	28″, 8‴, 3	27″, 7‴, 8

Grösste Differenz eines Tages 4‴, 4.

Aufgenommen: 154 männl., 79 weibl. Kranke.
Gestorben: 31 „ 10 „ „

Vorherrschende Krankheiten: Typhus, mehr als im vorigen Monat, Lungencatarrh, Angina.

December.

Die Witterung war warm, trübe und regnigt, dabei stürmisch.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 3°, 23	+ 7°	+ 4°, 57	— 8°, 5	+ 1°, 32

Grösste Differenz eines Tages 6°, 7.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 0‴, 3	28″, 3‴, 5	27″, 0‴, 6

Grösste Differenz eines Tages 1″ 0‴.

Aufgenommen: 175 männl. 88 weibl. Kranke.
Gestorben: 22 „ 18 „ „

Vorherrschende Krankheiten: Lungencatarrh, Typhus, gastrische Catarrhe und Angina.

Abdominaltyphus.

Von den 18 männl., 6 weibl. aus dem Jahre 1862 übrig gebliebenen Kranken starben 2 männl., 2 weibliche, über welche das Nähere schon in dem Berichte über das Jahr 1862 mitgetheilt ist. Im Jahre 1863 wurden 125 männl., 36 weibl. aufgenommen, von denen 17 männl., 6 weibl. starben. Zwei dieser Todesfälle erfolgten im Jahre 1864. Das Sterblichkeitsverhältniss war bei beiden Geschlechtern ein günstigeres, als im Jahre vorher; es betrug 13,60 % für die männlichen, 16,66 % für die weiblichen Kranken, wogegen es im Jahre 1862 15,23 % für die männlichen, 32,25 % für die weiblichen betragen hatte. Die Aufnahme war im Januar stark, sank dann bedeutend bis zum Juni, war im Juli sehr gering und stieg dann wieder, im November war die Aufnahme noch stark und liess im December nur etwas nach.

Aufgenommen wurden:

im	Januar . .	17 m.	5 w.	Von diesen starben		2 m.	— w.
„	Februar . .	4 „	2 „	„ „ „		— „	— „
„	März . . .	5 „	1 „	„ „ „		— „	— „
„	April . . .	4 „	— „	„ „ „		2 „	— „
„	Mai	3 „	3 „	„ „ „		— „	1 „
„	Juni . . .	13 „	1 „	„ „ „		2 „	— „
„	Juli	5 „	5 „	„ „ „		1 „	2 „
„	August . .	15 „	5 „	„ „ „		1 „	1 „
„	September	17 „	2 „	„ „ „		1 „	— „
„	October . .	11 „	5 „	„ „ „		3 „	1 „
„	November	18 „	2 „	„ „ „		2 „	— „
„	December	13 „	5 „	„ „ „		3 „	1 „
	zusammen	125 m.	36 w.	Von diesen starben		17 m.	6 w.
Bestand am 1. Januar 1864		16 m.	6 w.				

Dem Alter nach vertheilte sich die Zahl der Kranken und die Sterblichkeit folgender Weise:

Aufgenommen

im Alter von	10 — 20 Jahren	32 m.	15 w.	Gestorben	6 m.	2 w.
„ „ „	20 — 30 „	85 „	20 „	„	9 „	3 „
„ „ „	30 — 40 „	8 „	1 „	„	2 „	1 „
		125 m.	36 w.	Gestorben	17 m.	6 w.

Der Tod erfolgte im Stadium der Infiltration und Necrose bei 9 männl., 3 weibl. Kranken; die netzförmige Oberfläche der Ablagerung wurde nur einmal dabei beobachtet, in den übrigen Fällen war deutliche Schorfbildung vorhanden, bei einem Kranken war die Infiltration der Drüsen in der Schleimhaut gering, aber in den Mesenterialdrüsen stark; einmal war Perforation des Darms in diesem Stadium eingetreten. Frische Infiltrationen neben älteren Geschwüren, also Recrudescenz des Processes, fanden sich bei 1 männl., 1 weiblichen Kranken. — Im Ulcerationsstadium starben 4 männl., 2 weibl. Kranke, ein Kranker dieser Reihe starb an Perforation des Darms. Nach vollständigem Ablauf der Darmerkrankung starben 3 männliche Kranke; einer an Empyem, welches die Brustwandung durchbrach; einer an ausgedehnten Geschwüren vom Durchliegen, welche schon bei der Aufnahme bestanden; der dritte hatte noch ein Kehlkopfsgeschwür und Bronchiectasieen, dabei beständig schleichendes Fieber.

Darmblutung wurde bei 1 männl., 3 weiblichen Kranken beobachtet, 2 weibl. Kranke starben. — Lobäre Pneumonie kam einmal mit tödtlichem Ausgange vor. — Perforation des Darms erfolgte zweimal, einmal im Ulcerationsstadium. — Kehlkopfserkrankung wurde bei 2 männl. Kranken beobachtet, ein Kranker bekam in der Reconvalescenz Larynxcatarrh, welcher bald vorüberging. — Pleuritis kam bei 2 männlichen Kranken vor, beidemal mit tödtlichem Ausgange, einmal war die Brustwand vom Empyem durchbrochen. In der Reconvalescenz bildeten sich nur bei einem Kranken Abscesse, bei einer weiblichen Erysipelas, bei einem 20jährigen Steinhauer Periostitis der Orbita, welche eine noch bei der Entlassung bestehende Fistel zurückliess, bei einem 19jährigen Buchbindergesellen entstand Periostitis der Tibia, welche geheilt wurde. Ein Kranker bekam in der Reconvalescenz Tonsillarangina. Zwei Kranke litten vor Eintritt des Abdominaltyphus an Insufficienz der Aortaklappen. — An Melancholie erkrankten in der Reconvalescenz 2 weibliche Kranke, die eine wurde zur Irrenstation

verlegt, die andere noch etwas geistesschwach, sonst aber geheilt, entlassen.

Hinsichtlich der Behandlung ist zu bemerken, dass Digitalis im Jahre 1863 fast durchgängig im Anfange der Krankheit angewendet wurde, bis entweder der Puls deutlich verlangsamt wurde, oder Erbrechen eintrat. In Fällen mittleren Grades war die Wirkung häufig auffällig, in sehr intensiven konnte man jedoch bisweilen durchaus keine Wirkung wahrnehmen. Zu bemerken ist auch, dass einzelne, nicht mit Digitalis behandelte Fälle, von Abdominaltyphus einen schnellen Nachlass des anfangs heftigen Fiebers beobachten liessen. Bei bedeutenden Morgenremissionen und verhältnissmässig starken Abendexacerbationen, wie sie nach der Höhe der Krankheit häufig vorkommen, schien der Gebrauch des Chinins in mehreren Fällen das Fieber rasch zu beseitigen. Bei hoher Hauttemperatur wurde von nassen Einwicklungen häufig Gebrauch gemacht und hierdurch die Temperatur für kurze Zeit oft um einen Grad herabgesetzt; leider ist es in unserem Hospitale nicht wohl anwendbar, eine grössere Anzahl von Kranken dieser Procedur mehrmals am Tage zu unterwerfen. Erhaltung der Kräfte durch Bouillon und Portwein wurde in schweren und schleppenden Fällen stets angestrebt.

Intermittens.

Die Zahl der an Intermittens im Jahre 1863 behandelten Kranken war fast um die Hälfte geringer, als im Jahre vorher; es wurden 81 männliche, 6 weibliche Kranke behandelt und diese Zahl wird noch geringer, wenn man die Fälle von schnell erfolgten Recidiven abrechnet.

Es wurden aufgenommen

im	Januar . .	4	männl.,	—	weibl.	Kranke,
„	Februar .	2	„	—	„	„
„	März . . .	4	„	—	„	„
„	April . . .	9	„	2	„	„
„	Mai	9	„	1	„	„
„	Juni . . .	10	„	1	„	„
„	Juli	18	„	1	„	„
„	August . .	10	„	—	„	„
„	September	2	„	—	„	„
„	October .	8	„	1	„	„
„	November	3	„	—	„	„
„	December	2	„	—	„	„
		81	männl.,	6	weibl.	Kranke.

Von diesen Fällen hatten

Quotidian-Typus	43 m.,	3	w.	Kr.
Tertian-Typus	31 „	3	„	„
Quartan-Typus	5 „	—	„	„
Es war nur ein Anfall zugegen bei	2 „	—	„	„
Von diesen Kranken waren mit Recidiven wiedergekommen . . .	2 „	—	„	„
Im Krankenhause bekamen ein Recidiv	2 „	—	„	„

Von diesen Kranken verwandelte sich bei 2 männl. Kranken der anfangs vorhandene Quoditiantypus in den tertianen, bei 3 männlichen Kranken, der anfangs vorhandene Tertiantypus in den quoditianen; die Recidive behielten den ursprünglichen Typus mit Ausnahme eines Falles, wo statt des früheren Quartantypus ein Recidiv mit Quoditiantypus folgte.

Bei 3 männl. Kranken war Supraorbital-Neuralgie, bei 2 männl. Kranken intermittirender Kopfschmerz vorhanden, bei 1 m. Kranken intermittirende Cardialgie. Alle diese Fälle hatten Quoditiantypus.

An Intermittens-Cachexie litten 4 männl. Kranke, von denen 3 im Krankenhause keine Fieberanfälle hatten. Einer derselben, ein 19jähriger Matrose, der in Sierra Leone erkrankt war, einen grossen Milztumor und Ascites hatte, starb. Man fand in der Milz Narben, wie von keilförmigen Fibrininfarcten und einen wandständigen Thrombus in der Pfortader.

Bei der Behandlung wurde immer gleich Chinin gegeben.

Blattern.

Die Blatternepidemie des Jahres 1863 war eine sehr bedeutende und erreichte mit Ende des Jahres nicht ihren Abschluss, sondern war noch in zunehmender Entwicklung begriffen.

Es wurden aufgenommen

im Januar . .	11	männl.,	—	weibl.	Kranke,
„ Februar .	3	„	4	„	„
„ März . . .	19	„	21	„	„
„ April . . .	22	„	6	„	„
„ Mai	12	„	21	„	„
„ Juni . . .	29	„	15	„	„
„ Juli	35	„	26	„	„
„ August . .	36	„	19	„	„
„ September	24	„	13	„	„
„ October .	23	„	9	„	„
„ November	32	„	18	„	„
„ December	54	„	41	„	„
zusammen	300	männl.,	193	weibl.	Kranke.
es starben	21	„	11	„	„

Die Sterblichkeit war bedeutend grösser, als bei der letzten Epidemie, da mit Ausnahme von 4 männl., 3 weibl. Kranken, alle direct an den Blattern starben, während bei den übrigen die schon vorher bestehende Krankheiten nur durch die hinzutretende Blatternkrankheit einem schnelleren tödtlichen Ende zugeführt wurden. — Variola haemorrhagica war bei 3 männlichen, 3 weibl. Kranken zugegen. — Eine genauere Bearbeitung der Blatternepidemie muss wegen Mangel an Zeit und weil die Epidemie noch nicht zu Ende, auf eine spätere Zeit verschoben werden.

Scharlach.

Es wurden 15 männl., 15 weibl. Kranke behandelt, von denen 2 männl. starben. Bei 1 männl., 1 weibl. Kranken war gleichzeitig Diphtheritis zugegen, bei der weiblichen hatte diese ausser der Nase und dem Rachen auch die Nates ergriffen, wodurch bei der Heilung eine bedeutende Verengerung der Mastdarmöffnung entstand. Von den tödtlichen Fällen erfolgte der eine auf der Höhe der Krankheit, der andere, als das Exanthem schon abgeblasst war, durch hinzugetretene Laryngitis.

Erysipelas.

Die Kopfhaut war bei 10 männl., 12 weibl. Kranken ergriffen, von diesen starben 3 weibl. Kranke. Bei einer derselben, einer 20jährigen Prostituirten, ergab die Section kein bemerkenswerthes Resultat; bei einer 39jährigen Zimmermanns-Wittwe zeigte sich eine Periostitis Cranii als Ursache des Erysipelas; die dritte Kranke, eine 83jährige Fuhrmanns-Wittwe, starb drei Tage nach dem Verschwinden des Erysipelas ziemlich plötzlich, nachdem heftige Colikschmerzen eingetreten waren, ohne dass die Section eine Erklärung hierfür ergeben hätte.

Bei 2 männl., 3 weibl. Kranken hatte das Erysipelas seinen Sitz am Unterschenkel.

Rheumatismus.

Muskelrheumatismus wurde bei 48 männl., 11 weibl. Kranken behandelt. Bei 4 männl., 1 weibl. Kranken war Fieber zugegen. Hinsichtlich der ergriffenen Muskelgruppen ist zu bemerken, dass bei 2 männl. Kranken die Nackenmuskeln, bei 6 männl. die Rückenmuskeln, bei 12 männl., 4 weibl. die Lenden-

muskeln, bei 9 männl., 1 weibl. die Brustmuskeln, bei 2 männl. die Bauchmuskeln, bei 2 männl., 3 weibl. die Schultermuskeln, bei 4 männl., 1 weibl. die Oberschenkelmuskeln und bei 3 männl., 1 weibl. die Unterschenkelmuskeln befallen waren, während bei 7 männl., 2 weibl. die Affection mehr allgemein verbreitet war. Bei 2 männl. Kranken von diesen letzteren war möglicherweise Trichineninfection in geringem Grade vorhanden.

Acuter Gelenk-Rheumatismus.

Aufnahme	im	Januar . . .	10 m.,	7 w.	Kranke.
"	"	Februar . . .	5 "	6 "	"
"	"	März	11 "	7 "	"
"	"	April	6 "	5 "	"
"	"	Mai	8 "	3 "	"
"	"	Juni	5 "	7 "	"
"	"	Juli	4 "	2 "	"
"	"	August . . .	2 "	6 "	"
"	"	September .	6 "	5 "	"
"	"	October . . .	4 "	5 "	"
"	"	November . .	5 "	4 "	"
"	"	December . .	7 "	5 "	"
		zusammen	73 m.	62 w.	Kranke.
		es starb	— "	1 "	"
Bestand am 1. Januar 1864			7 "	8 "	"

Bei 15 männl., 11 weibl. Kranken war kein Fieber vorhanden; bei mehreren Kranken war nur ein Gelenk ergriffen und zwar das Schultergelenk bei 3 männl., 1 weibl., das Kniegelenk bei 1 männl., 4 weibl., das Fussgelenk bei 2 männl., 4 weibl. Kranken. Die Krankheit fixirte sich später anhaltend auf das eine Ellenbogengelenk bei 2 weibl. Kranken, auf das Handgelenk bei 1 weibl. und auf ein Metacarpalgelenk bei 1 weibl. Kranken.

Erscheinungen von Endocarditis waren bei 9 männlichen, 3 weibl. Kranken zugegen. — Pericarditis kam bei 2 männl., 4 weiblichen Kranken vor. Eine der letzteren starb; sie war bei der Aufnahme schon 4 Wochen krank und starb schon am Tage nach der Aufnahme. — Aeltere Klappenerkrankungen waren bei 5 männl., 1 weibl. Kranken vorhanden. — Pleuritis zeigte sich bei 2 weibl. Kranken. — Chronischen Lungencatarrh hatten 2 weibl. Kranke. — Bei 1 männl., 3 weiblichen

Kranken zeigte sich Geistesverwirrung; bei dem männlichen Kranken war die Störung nur von kurzer Dauer, zwei weibliche mussten zur Irrenabtheilung verlegt werden, die dritte konnte auf der medizinischen Abtheilung bleiben und wurde hier gänzlich hergestellt. Die Geistesstörung hatte in allen Fällen den Character der Melancholie, zum Theil mit ausgebildetem Verfolgungswahn. Mit Ausnahme einer weiblichen Kranken war bei allen Herzaffection zugegen.

An chronischem Gelenkrheumatismus litten 5 m., 6 weibl. Kranke, zwei weibliche starben, die eine an Bronchopneumonie, die andere an amyloider Nierendegeneration.

Tuberculosis.

Es wurden im Jahre 1863 behandelt 267 m., 87 w. Kranke.

Von diesen wurden entlassen

gebessert	96 „	14 „	„
ungeheilt	14 „	4 „	„
es starben	127 „	57 „	„

Bei den Sectionen wurde die Tuberculose gefunden:

in den Lungen allein	bei	18 m.,	15 w.	Kr.
„ der Darmschleimhaut allein	„	3 „	— „	„
„ den Pleuren allein	„	— „	2 „	„
„ „ Lungen und dem Darmcanal . .	„	87 „	33 „	„
„ „ „ „ „ Kehlkopf . .	„	25 „	1 „	„
„ „ „ „ der Leber	„	22 „	3 „	„
„ „ „ „ den Nieren	„	22 „	5 „	„
„ „ „ „ der Milz	„	8 „	2 „	„
„ „ „ „ dem Peritonaeum .	„	4 „	— „	„
„ „ „ „ „ Pericardium .	„	— „	1 „	„
„ „ „ „ „ Gehirn	„	3 „	— „	„
„ „ „ „ der pia Mater . .	„	1 „	1 „	„
„ „ „ „ den männl. Sexualorganen . .	„	1 „	— „	„
„ „ „ „ den Tuben	„	— „	2 „	„
„ „ „ „ „ Knochen . . .	„	2 „	— „	„

Amyloide Entartung wurde gefunden:

in der Leber, der Milz und den Nieren	bei	7 m.,	1 w.	Kr.
„ „ „ und der Milz	„	1 „	2 „	„
„ „ Milz und den Nieren	„	1 „	2 „	„
„ den Nieren allein	„	1 „	2 „	„
„ der Milz allein	„	2 „	1 „	„

Ein rascher Verlauf der Krankheit mit Bildung schnell zerfallender Infiltrationen war bei 1 männl., 4 weibl. Kranken vorhanden; bei 1 männlichen Kranken beobachtete man zahlreiche zerstreute graupengrosse Granulationen in der Lunge mit den Erscheinungen des Catarrhus suffocativus. — Chronischer Lungencatarrh mit Emphysem war bei 6 männlichen, 6 weibl. Kranken der Tuberculose vorhergegangen, mit Ausnahme einer weiblichen Kranken, welche auch Tuberculose der Darmschleimhaut hatte, fand in diesen Fällen die Tuberkelbildung in den Lungen allein statt. Aeltere Klappenfehler waren bei 2 männl., 1 weiblichen Kranken vorhanden; bei 1 männl. Kranken fanden sich Tuberkelgeschwüre des Darmcanals, bei den übrigen waren die Lungen allein ergriffen. — Bei zwei weiblichen an Carcinom des Uterus und des Magens leidenden Kranken fand man Lungentuberculose. — Eine alte, an Marasmus leidende Frau starb an Lungentuberculose. — Acute senile Tuberculose der Pleura ohne Tuberkelbildung in den Lungen oder einem anderen Organ wurde bei einer 83jährigen und bei einer 73jährigen Frau beobachtet. — Bei 3 männlichen Kranken bildete sich die Tuberculose in Folge chronischer Pleuritis aus. — Bei einer weibl. Kranken ging sie aus Abdominaltyphus hervor. — Bei 1 männl., 1 weibl. Kranken war Scoliose vorhanden. — Lebercirrhose wurde bei 2 männl., 2 weibl. Kranken gefunden. — Pneumothorax zeigte sich bei 5 männlichen, 2 weibl. Kranken; bei 2 männl. links, bei 3 männl., 2 weiblichen Kranken rechts. Bei 2 männl., 1 weiblichen Kranken war der Pneumothorax länger als eine Woche vor dem Tode eingetreten. — Faulige Lungennecrose (Bronchitis putrida) kam bei einem 63jährigen Kutscher, einem 46jährigen Segelmacher und einem 43jährigen Arbeitsmann neben Tuberculose vor. — Peritonitis durch Perforation wurde bei 5 männl., 1 weibl. Kranken beobachtet; einmal erfolgte Perforation des Wurmfortsatzes durch chronische catarrhalische Verschwärung bei einer Frau, welche nur in den Lungen Tuberkeln hatte. — Abgeleitete Peritonitis von Darmgeschwüren, welche bis an die Serosa gedrungen waren, zeigte sich bei 2 männlichen, 1 weiblichen Kranken. — Tuberculose Peritonitis mit reichlichem, zerfallenden Exsudate wurde bei einem 30jährigen Schneidergesellen beobachtet. — Bei einem männlichen Kranken fanden sich catarrhalische Geschwüre der Magenschleimhaut.

Blutkrankheiten.

An Chlorosis wurden 29 Personen behandelt.

Eine 23jährige Prostituirte litt an hochgradiger Anaemie mit öfterem Durchfall und starb an zunehmender Erschöpfung. Die Section wies keine andere Abnormität nach, als einen chronischen Catarrh der Schleimhaut des Mastdarms ohne Geschwürsbildung oder anderweitige erhebliche Veränderung der Schleimhaut.

Scorbut wurde bei einem 41jährigen Schuster beobachtet ohne, dass sich eine Ursache der Krankheit nachweisen liess; die Anwendung des Citronensaftes führte, wie gewöhnlich, rasche Heilung herbei.

Ein Fall von Leucaemie mit mässig starker Drüsenschwellung und geringer Milzvergrösserung wird von dem Gehülfsarzt, Herrn Dr. Simon, an einem anderen Orte genauer beschrieben werden.

Vergiftungen.

Zwei Fälle von Phosphor-Vergiftung bei weiblichen Kranken waren nicht intensiv und wurden bald hergestellt.

An Blei-Vergiftung litten 8 männl. Kranke; 3 Maler, 1 Conditor, 1 Schiffscapitain, 1 Mechaniker, 1 Fabrikarbeiter und 1 Brauerknecht. Letzterer hatte sich früher als Klempner die Bleivergiftung zugezogen und wegen häufig wiederkehrender Colik und Epilepsie diesen Beruf aufgegeben. Er litt jetzt an Lähmung der Extensoren der Hand, ohne dass man eine neue Bleivergiftung mit Bestimmheit nachweisen konnte. Der Mechaniker litt ebenfalls an Lähmung der Hände; die übrigen litten alle an Colik. Bei dem Schiffscapitain war die Krankheit sehr hartnäckig und machte während der Behandlung mehrere Rückfälle.

Ein 26jähriger Kaufmann hatte eine nicht unbedeutende Menge arseniger Säure in grob gepulvertem Zustande verschluckt und einen Theil derselben gleich wieder ausgebrochen; die Erscheinungen von Entzündung des Verdauungscanals waren sehr heftig und der Collapsus anfangs bedeutend. Im weiteren Verlauf verfiel er durch Inanition mehrere Tage in einen tobsüchtigen Zu-

stand, auf welchen Sopor folgte; etwa 6 Wochen nach der Vergiftung, als er sich ziemlich erholt hatte, wurde er von Lähmungserscheinungen in den Vorderarmen und Unterschenkeln befallen, die Arme besserten sich rasch, die Beine waren noch schwach als er das Krankenhaus verliess, um in die Heimath zu reisen.

Zwei Selbstmordversuche durch Höllenstein hatten nur eine unbedeutende Stomatitis zur Folge. In dem einen Falle hatte der Kranke ein Haarfärbungsmittel verschluckt, in dem anderen war eine zum äusseren Gebrauche verschriebene Auflösung genommen worden.

Asphyxie durch Kohlendunst in Folge von unvorsichtigem Schliessen eines Ofenrohrs wurde bei einem Manne und seiner Frau behandelt; beide wurden wieder hergestellt.

Ein Fall von Asphyxie durch einen Erhängungsversuch wurde bei einem 18jährigen Schlachterlehrling behandelt; derselbe war anfangs bewusstlos und darauf noch einige Tage alienirt, dann wurde er ganz wieder hergestellt.

Krankheiten des Gehirns, Rückenmarks und Nervensystems.

Haemorrhagische Pachymeningitis wurde bei 4 männl., 1 weibl. Kranken bei der Section gefunden. Bei einem 75jährigen Manne und einer 79jährigen Frau war Geistesschwäche vorhanden, der Mann hatte ausserdem noch Atrophie der hinteren Rückenmarksstränge, die Frau noch alte apoplectische Heerde der Hirnrinde. Bei einem 21jährigen Arbeitsmanne, welcher an Tuberculosis starb, war die Pachymeningitis mässig stark; er hatte längere Zeit an epileptischen Anfällen und an Geistesschwäche gelitten. Bei einem 58jährigen Fuhrmann war ein starker Bluterguss vorhanden und dem entsprechend auch die Symptome des Hirndrucks stark entwickelt. Ein 49 Wochen alter Knabe hatte die Erscheinungen des angeborenen Hydrocephalus mit Verdickung der Schädelknochen dargeboten, man fand bei der Section eine sehr starke haemorrhagische Pachymeningitis mit verdickten, blutreichen Schädelknochen.

Purulente Pachymeningitis ohne Erkrankung des Knochens mit schwächerer Entzündung der pia Mater, auf die linke Kopfhälfte beschränkt, wurde bei einem ganz atrophischen halbjährigen Knaben gefunden, welcher durchaus keine Hirnsymptome gehabt hatte.

Gummöse Pachymeningitis an der Schädelbasis wurde bei 2 weiblichen Kranken gefunden, welche während des Lebens die Erscheinungen der zunehmenden Compression in der Nähe der Varolsbrücke dargeboten hatten. Bei einem 39jährigen Fuhrmann, welcher neben den Erscheinungen der chronischen Pachymeningitis noch eine Auftreibung des Stirnbeins hatte, wurde die gummöse Natur gemuthmasst und durch den günstigen Erfolg der Behandlung mit Jodkali noch wahrscheinlicher gemacht.

Meningitis purulenta war bei 3 männlichen Kranken die Folge von Caries eines Felsenbeins, bei einem 37jährigen Schneidergesellen die Folge einer erst bei der Section zufällig entdeckten Fissur des Schädels; diese war muthmasslich Folge eines Falles in trunkenem Zustande. — Bei einem 39jährigen Arbeitsmann war die purulente Meningitis cerebralis die Fortsetzung einer eitrigen Entzündung der pia Mater spinalis und letztere wieder Folge von Caries des Kreuzbeins und dadurch bedingter Eröffnung des Wirbelcanals.

Bei 2 männlichen Kranken war die Meningitis mit starker Wasseransammlung in den Ventrikeln verbunden, der Verlauf war schleichend und auch in anderer Hinsicht ungewöhnlich; die nähere Beschreibung dieser Fälle findet sich weiter unten.

Tuberculöse Meningitis wurde bei 1 männl., 1 weiblichen Kranken beobachtet; beidemal entwickelte sich die Krankheit erst während des Aufenthalts der Kranken im Krankenhause.

Haemorrhagische und Erweichungs-Heerde wurden in der Hirnrinde bei 2 männl., 3 weibl. Kranken gefunden. Mit Ausnahme eines männlichen Kranken kamen diese Fälle bei sehr bejahrten Personen vor, welche an Geistesschwäche und melancholischer Aufregung litten. Ein 48jähriger Kutscher war früher wegen eclamptischer Zufälle mit maniacalischer Aufregung und allgemeinen Lähmungserscheinungen im Krankenhause in Behandlung gewesen und geheilt entlassen; jetzt kam er mit den

Erscheinungen einer frischen Apoplexie wieder in Behandlung. — Im Marklager der Grosshirnhemisphären wurden rechts bei 1 männl., 1 weibl. Kranken, links bei 1 männl., 3 weiblichen haemorrhagische Heerde gefunden; mit Ausnahme eines Falles, wo nur Sopor vorhanden war, zeigte sich jedesmal Lähmung der entgegengesetzten Körperhälfte. — Im rechten Corpus striatum wurden bei 3 männl., 1 weibl., im linken bei 2 männl., 1 weibl., in beiden bei 1 männl., 1 weibl. Kranken Heerde gefunden; es war jedesmal Lähmung der entgegengesetzten Körperhälfte vorhanden, bei den Heerden in beiden Corpora striata war linksseitige Lähmung zugegen. — Im rechten Thalamus wurde bei 2 weiblichen Kranken ein apoplectischer Heerd gefunden; es war jedesmal Lähmung der linken Körperhälfte zugegen. — Bei 2 weiblichen Kranken waren gleichzeitig an mehreren Stellen des grossen und kleinen Gehinrs apoplectische Heerde vorhanden, ohne dass sich die in beiden Fällen vorhandene halbseitige Lähmung auf einen Heerd bestimmt zurückführen liess.

Thrombose des Sinus longitudinalis superior wurde bei einer 68jährigen Frau, welche an den Folgen des chronischen Lungencatarrhs starb, gefunden, ohne dass sich Symptome während des Lebens auf diese Affection hätten beziehen lassen. — Thrombosen der linken Arteria Fossae Sylvii wurden bei einer 30jährigen Näherin und einer 63jährigen Arbeiterin gefunden, welche beide an chronischem Lungencatarrh litten. Sie starben unter apoplectischen Erscheinungen; Klappenfehler waren nicht vorhanden, bei der alten Frau aber Verkalkung der Hirnarterien.

Neubildungen.

Tuberkel wurden bei 3 männl. Kranken gefunden, zweimal in der Hirnrinde bei Tuberculose anderer Organe, ohne dass Hirnerscheinungen vorhanden gewesen waren; in dem dritten war eine grössere Tuberkelgeschwulst im kleinen Gehirn bei einem 66jährigen Kutscher; der Kranke litt an Schwindel und Schlafsucht bei retardirtem Pulse, erst später traten die Erscheinungen der fortschreitenden Lungentuberculose mehr hervor.

Carcinom in mehreren Heerden, vorzüglich in der linken Grosshirnhemisphäre kam bei einer 68jährigen Frau neben Carcinom des Sternum, der Pleura und der Bronchialdrüsen vor; die Kranke hatte rechtsseitige Lähmung und erschwerte Sprache.

Ein etwa pflaumengrosses Sarcom der linken Grosshirnhemisphäre hatte erst 5 Wochen vor dem Tode Erscheinungen hervorgerufen, welche muthmasslich durch die Erweichung der Umgebung hervorgerufen waren; die Erscheinungen hatten in den letzten 11 Tagen Aehnlichkeit mit denen der Basilarmeningitis, von welcher sich jedoch keine Spuren zeigten, ebensowenig erreichte die Geschwulst die Hirnbasis.

Meningitis spinalis purulenta wurde einmal bei einem 39jährigen Arbeitsmann gefunden, welcher in Folge vom Durchliegen brandige Geschwüre am unteren Theile des Kreuzbeins mit Caries dieses Knochens hatte. Es war hierdurch zuletzt der Wirbelcanal eröffnet und von hieraus die eitrige Meningitis entstanden, welche sich bis zum Gehirn fortsetzte. Als Ursache der früheren Paraplegie fand sich gallertige Atrophie der hinteren Rückenmarksstränge. Diese Affection wurde ausserdem noch bei 2 männlichen Kranken gefunden, dagegen wurde sie bei 1 männl., 1 weibl. Kranken, welche an Paraplegie gelitten hatten, vergeblich gesucht; die Medulla zeigte in diesen Fällen keine Veränderung des macroscopischen Ansehens.

Ebenso negativ war der Befund bei einer 68jährigen Frau, welche an Paralysis agitans gelitten hatte. — Bei einer 42jährigen Frau fand sich als Ursache der Paraplegie eine cariöse Erkrankung des Kreuz- und Darmbeins.

Lähmungen.

Lähmungserscheinungen vom Gehirn ausgehend wurden ausser den gewöhnlichen halbseitigen Lähmungen nach Apoplexie noch bei 5 männl., 3 weiblichen Kranken beobachtet. Bei 2 männl. Kranken bestätigte der Erfolg der Behandlung und die Anamnese die Vermuthung eines Zusammenhanges mit früherer syphilitischer Infection, bei den übrigen Fällen blieb sowohl die Entstehung, als die Art des vorhandenen Hirnleidens im Dunkeln, wenn auch einige Besserung erzielt wurde.

Spinale Lähmungen wurden bei 21 männl., 6 weibl. Kranken behandelt; 4 m., 3 w. starben, von denen schon oben die Rede gewesen ist, die übrigen wurden mehr oder weniger gebessert.

Peripherische Lähmungen. Ein 46jähriger Arbeitsmann klagte über Schwäche der vom N. ulnaris versorgten Vorderarmmuskeln beider Seiten, ohne nachweisbares Centralleiden; er wurde durch erregende Einreibungen bedeutend gebessert. Ein 57jähriger Wirth hatte Lähmung und Zittern des linken Arms ohne deut-

liches Hirnleiden, er blieb ungeheilt. Ein 30jähriger Mechaniker mit progressiver Atrophie der Vorderarmmuskeln wurde ebenfalls ungeheilt entlassen. Bei einem 25jährigen Schneidergesellen war Lähmung der Vorderarmmuskeln durch Druck im Schlafe entstanden, er wurde bald hergestellt. Bei einem 19jährigen Zimmergesellen war Lähmung des linken M. deltoideus vorhanden; während seines Aufenthaltes im Krankenhause entwickelte sich eine anscheinend gummöse Orchitis; beide Uebel wurden durch den Gebrauch des Jodkalium beseitigt.

Krämpfe.

An Epilepsie wurden 9 männl., 12 weibl. Kranke behandelt; 3 männl. starben. Bei dem einen, einem 21jährigen Arbeitsmanne, welcher schon lange epileptisch und geistesschwach war und an Tuberculose starb, war eine nicht intensive chronische Pachymeningitis der mittleren Schädelgruben und der Gegend der Scheitelbeine vorhanden; der zweite, ein 44jähriger Kellner, kam mit heftigen eclamptischen und maniacalischen Anfällen ins Krankenhaus, welche sich bald verloren; er starb später an Pleuritis, es wurde bei der Section Erweiterung der Seitenventrikel mit Verdichtung des Ependyms gefunden. Der dritte, ein 33jähriger Schustergesell, litt seit drei Jahren an Epilepsie, deren Zufälle in der letzten Zeit stärker und häufiger eingetreten waren; man fand bei der Section Sclerose eines Theils des rechten vorderen Hirnlappens. Von den übrigen sind zu erwähnen: ein 38jähriger Hausknecht, welcher gleichzeitig Symptome constitutioneller Syphilis hatte und durch den Gebrauch von Jodquecksilber und Jodkali von seinem Uebel vorläufig befreit wurde und ein 46jähriger Hafenarbeiter, welcher an Insufficienz der Aortaklappen litt und an Apoplexie erkrankt war, auf welche epileptische Anfälle mit maniacalischer Aufregung folgten. Er war bei der Entlassung noch etwas geistesschwach.

Hysterie. Ein 20jähriges, chlorotisches Dienstmädchen hatte nach starker körperlicher Anstrengung und Gemüthsbewegung kataleptische Zufälle bekommen, welche sich rasch verloren. Ein 22jähriges Dienstmädchen litt an allgemeinen Krämpfen, ohne Verlust des Bewusstseins, welche mit einer Aura von den Füssen begannen; sie wurde ungeheilt entlassen.

An Chorea litten ein 7jähriger Knabe und 3 weibl. Kranke von 18, 20 und 22 Jahren; zwei der letzteren waren schon früher

im Krankenhause an Chorea behandelt; bei der einen war gleichzeitig psychische Aufregung vorhanden. Der Knabe wurde geheilt, die weiblichen Kranken wurden nur gebessert entlassen.

Neuralgieen.

Der Sitz war im Trigeminus bei 2 männl., 2 weiblichen Kranken; Heilung erfolgte nur einmal durch Extraction eines Zahns; einmal bestand das Uebel schon seit 20 Jahren und wurde kaum gebessert. — Ein Intercostalnerv war bei 2 männl. Kranken ergriffen; im Bereiche des Os sacrum bestand bei einer 68jährigen Frau ein äusserst heftiger Schmerz, für den weder die Untersuchung während des Lebens, noch die Section eine Aufklärung gab. — Der Schmerz war im Bereiche des Ischiadicus bei 9 männl., 1 weibl. Kranken, hier wurde jedesmal bedeutende Besserung erzielt. — Bei einem 23jährigen Tischlergesellen war eine Narbe der Planta pedis der Ausgangspunct des Schmerzes; durch Schutz dieser Stelle gegen Druck beim Gehen wurde die Beschwerde beseitigt.

Die mit Schwindel und Kopfschmerz als hauptsächlichen Beschwerden in Behandlung gekommenen Kranken boten diesmal nichts Bemerkenswerthes dar.

Krankheiten der Respirationsorgane.

Catarrh der Luftwege.

Bei dem grossen Combinationsvermögen des Lungencatarrhs sind hier nur die Fälle zusammengestellt, bei denen er die hauptsächlichste Beschwerde bildete.

Bestand am 1. Januar 1863:

36 m., 10 w. Kr., von denen 5 m., 2 w. starben.

Aufgenommen wurden:

im Januar . .	29 m.,	14 w. Kr.,	von denen	5 m.,	6 w.	starben,
„ Februar . .	18 „	9 „	„ „ „	1 „	2 „	„
„ März . . .	21 „	16 „	„ „ „	3 „	4 „	„
„ April . . .	12 „	7 „	„ „ „	1 „	5 „	„
„ Mai	9 „	5 „	„ „ „	3 „	2 „	„
„ Juni	9 „	8 „	„ „ „	— „	4 „	„
„ Juli	11 „	3 „	„ „ „	2 „	— „	„
„ August . .	9 „	— „	„ „ „	1 „	— „	„
„ September .	9 „	5 „	„ „ „	3 „	2 „	„
„ October . .	11 „	3 „	„ „ „	6 „	1 „	„
„ November .	21 „	5 „	„ „ „	1 „	2 „	„
„ December .	10 „	10 „	„ „ „	3 „	4 „	„
zusammen	220 m.,	95 w. Kr.,	von denen	34 m.,	34 w.	starben.

Von diesen wurden entlassen

geheilt . .	97 m.,	21 w.	Kranke,
gebessert .	64 „	32 „	„
ungeheilt .	2 „	3 „	„
es starben .	34 „	34 „	„
Bestand am 1. Januar 1864	23 m.,	5 w.	Kranke.

Bei 9 männlichen, 2 weiblichen Kranken war vorzugsweise der Kehlkopf erkrankt.

Von den Gestorbenen befanden sich in dem Alter

von	0 — 1	Jahr	— m.,	2 w.	Kranke,
„	3	„	— „	1 „	„
„	20 — 30	„	2 „	2 „	„
„	30 — 40	„	2 „	1 „	„
„	40 — 50	„	5 „	1 „	„
„	50 — 60	„	7 „	3 „	„
„	60 — 70	„	11 „	11 „	„
„	70 — 80	„	6 „	9 „	„
„	80 — 90	„	1 „	4 „	„
			34 m.,	34 w.	Kranke.

An den gewöhnlichen Folgen des Catarrhs, Emphysem, Herzerweiterung, Hydrops und Bronchopneumonie starben 16 männl., 27 weibliche Kranke; an putrider Bronchitis und Lungennecrose 4 männl.; an lobärer Pneumonie 4 männl., 1 weibl.; an Pleuritis 1 männl., 2 weibl.; an Laryngismus und Craniotabes 1 weibl.; an Pericarditis 1 männl.; an Hypertrophie des linken Herzventrikels in Folge von Atrophie der Nieren 1 männl.; an Embolie der Arteria Fossae Sylvii 2 weibl.; an Harnblasencatarrh 2 männl.; an Harnblasenkrebs 1 männl.; an Lumbarabscess 1 männl.; an Lebercirrhose 2 männl.

An den Erscheinungen der putriden Bronchitis wurden noch 4 männl. Kranke mit günstigem Erfolge behandelt.

Bei 2 männl. Kranken war Icterus in Folge der Hyperaemie der Leber vorhanden.

Bei einer 28jährigen Schustersfrau war gleichzeitig Schwangerschaft vorhanden; die Entbindung trat frühzeitig ein.

Zwei weibl. Kranke litten an hochgradiger Kyphoscoliosis.

Bei 1 männl., 1 weibl. Kranken wurde Sarcom der Lungen und der Bronchialdrüsen gefunden. — Bei einer 68jährigen Frau war Carcinom der Lunge neben anderweitigen Krebsablagerungen vorhanden. — Bei einem 52jährigen Fabrikarbeiter wurde Knochenbildung in der Lunge gefunden.

Lobäre Pneumonie.

Von den 8 männl. Kranken, welche noch vom Jahre 1862 her in Behandlung geblieben waren, starb keiner.

Im Jahre 1863 wurden aufgenommen,

im Januar . .	2 m.,	— w. Kr.,	von denen	— m.,	— w.	starben,
„ Februar .	6 „	— „	„ „	1 „	— „	„
„ März . . .	4 „	3 „	„ „	— „	2 „	„
„ April . . .	9 „	— „	„ „	— „	— „	„
„ Mai	13 „	2 „	„ „	2 „	— „	„
„ Juni . . .	15 „	1 „	„ „	2 „	— „	„
„ Juli . . .	5 „	1 „	„ „	— „	— „	„
„ August . .	2 „	2 „	„ „	— „	— „	„
„ September	5 „	— „	„ „	3 „	— „	„
„ October .	2 „	— „	„ „	1 „	— „	„
„ November	3 „	— „	„ „	— „	— „	„
„ December	4 „	— „	„ „	— „	— „	„
zusammen	70 m.,	9 w. Kr.,	von denen	9 m.,	2 w.	starben.

Von diesen Kranken standen in dem Alter

von 0 — 9 Jahr	— m.,	1 w.,	es starben	— m.,	— w.
„ 10 — 20 „	11 „	1 „	„ „	— „	— „
„ 20 — 30 „	41 „	3 „	„ „	2 „	— „
„ 30 — 40 „	13 „	— „	„ „	5 „	— „
„ 40 — 50 „	4 „	1 „	„ „	1 „	— „
„ 70 — 80 „	— „	3 „	„ „	— „	2 „
„ 80 — 90 „	1 „	— „	„ „	1 „	1 „
	70 m.,	9 w.,	es starben	9 m.,	2 w.

Der ursprüngliche Sitz der Pneumonie war

im rechten oberen Lappen bei	7 m.,	1 w.,	von denen	1 m.	— w.	starben,
„ „ unteren „	„ 38 „	5 „	„ „	5 „	2 „	„
„ linken oberen „	„ 2 „	— „	„ „	— „	— „	„
„ „ unteren „	„ 22 „	3 „	„ „	3 „	— „	„
„ beiden unteren „	„ 1 „	— „	„ „	— „	— „	„
	70 m.	9 w.,	von denen	9 m.	2 w.	starben.

Bei 5 männl. Kranken waren beide Lungen ergriffen, doch nur bei einem gleich bei der Aufnahme; nur bei einem dieser Kranken war ein gesonderter typischer Verlauf für jede Lunge zu bemerken.

Der Zeitpunkt, an welchem der Höhepunct des Fiebers erreicht war und die Temperaturabnahme begann war

am	dritten	Tag	4mal	
„	vierten	„	5	„
„	fünften	„	12	„
„	sechsten	„	11	„
„	siebenten	„	12	„
„	achten	„	7	„
„	neunten	„	2	„
„	zehnten	„	1	„
„	eilften	„	1	„
„	vierzehnten	„	1	„
			56	Fälle.

Atypisch verlief die Krankheit, oder es war der Beginn und Abfall nicht genau zu ermitteln bei 10 männl., 3 weibl. Kramken; von den Gestorbenen war bei einem männlichen Kranken, welcher später an Periearditis erkrankte, der Abfall sehon vor dem Tode zu constatiren gewesen.

Die Todesfälle betrafen folgende Kranke: 1 männlichen Bewohner der Siechenstation von 83 Jahren, zwei Frauen von 78 und 80 Jahren; einen 40jährigen Arbeitsmann, welcher viele Jahre an bedeutendem Lungenemphysem litt; einen 46jährigen Kohlenträger, welcher an chronischem Lungencatarrh litt und ein Trinker war; einen 34jährigen Torfschiffer, welcher 13 Tage nach Eintritt der Krankheit starb, bei welchem die ganze rechte Lunge ergriffen war, die Section aber nicht gemacht werden konnte; einen 35jährigen Matrosen, welcher an Insufficienz der Aortaklappen litt; einen 39jährigen Matrosen, welcher in bewusstlosem Zustande aufgenommen wurde und schon 12 Stunden nach der Aufnahme starb; einen 35jährigen Arbeitsmann, welcher an chronischem Lungencatarrh litt und am 16ten Tage nach der Krankheit starb und einen 32jährigen Maurergesellen, welcher 12 Tage nach dem Abfalle des Fiebers von Pericarditis befallen wurde.

Unter 60 Jahren und ohne Complication waren 61 männl., 6 weibl. Kranke, von denen 3 männl. starben.

An chronischem Lungencatarrh litten noch 2 männl. 1 weibl. Kranke, welche geheilt wurden. — An acutem Morbus Brightii, welcher schon vor Eintritt der Pneumonie im Krankenhause behandelt wurde, litt ein männlicher Kranker, welcher hergestellt wurde.

In der Reconvalescenz wurde bei einem 27jährigen Tischlergesellen vorübergehende Diplopie und bei einem 19jährigen Gärtner eine mehrtägige Geistesverwirrung beobachtet.

Bei der Behandlung wurde von dem bisher beobachteten Verfahren nicht abgewichen.

Pleuritis.

Von den 10 männl., 3 weibl. Kranken, welche noch vom Jahre 1862 in Behandlung geblieben waren, starb ein 49jähriger Arbeitsmann an hinzugetretener Tuberculose.

Aufgenommen wurden 35 männl., 15 weibl. Kranke, von denen 2 männl., 4 weibl. starben.

Bei 11 männlichen, 6 weibl. war die Pleuritis rechtsseitig, von diesen starben 1 männl., 1 weibl.; bei 22 männl., 8 weibl. linksseitig, von diesen starben 3 weibl.; bei 1 männl. waren beide Pleurasäcke ergriffen, der Fall endete tödtlich.

In Behandlung blieben 3 männliche, 1 weibliche Kranke, von denen keiner starb.

Die Gestorbenen waren: ein 63jähriger Schuster, welcher gleichzeitig an chronischem Lungencatarrh mit Lungennecrose litt; ein 60jähriger Tischler, bei welchem auf beiden Seiten Pleuritis vorhanden war; eine 33jährige Arbeiterin, bei welcher zugleich eine umschriebene Peritonitis im linken Hypochondrium war; ein 21jähriges Dienstmädchen, welches schwanger war und während der Krankheit frühzeitig niederkam; eine 61jährige Frau, welche an Hemiplegie und an Lungenemphysem litt und eine 78jährige Frau.

Von den übrigen Fällen ist noch der eines 24jährigen Bäckergesellen zu erwähnen, bei welchem sich im Verlauf der

Krankheit Pyopneumothorax entwickelte. Es fand hier einen Tag hindurch ein für den Kranken selbst hörbares Fortleiten der Herztöne mit metallischem Klange statt, welches sich später verlor. Die Zeichen der Luftansammlung in der linken Pleurahöhle verminderten sich später, der Kranke wurde von Variolois befallen, ohne dadurch besonders zu leiden, später ward der zweite Intercostalraum durchbrochen, es bildete sich eine subcutane Zellgewebsvereiterung an der entsprechenden Stelle und brach endlich spontan durch, wobei der Kranke das Austreten mehrerer Luftblasen deutlich bemerkte. Die Kräfte hoben sich seitdem allmählig. Der Kranke forderte endlich, trotz der noch bestehenden fistulösen Oeffnung, seine Entlassung, da er sich sonst wohl fühlte. — Ein öffentliches Mädchen von 29 Jahren hatte Tags vor der Aufnahme Haematemesis bekommen und war gleichzeitig icterisch. Das Exsudat war auf der linken Seite. Sie wurde geheilt.

Krankheiten des Herzens und der Blutgefässe.

Primäre Pericarditis kam nicht vor. Bei 3 männlichen Kranken wurde sie als Complication des chronischen Lungencatarrhs beobachtet; einer dieser Fälle endete tödtlich. — Bei einem 20jährigen Dienstmädchen, welches an Erysipelas Faciei litt, trat Pericarditis hinzu; der Ausgang war günstig. Die Fälle von Pericarditis bei Rheumatismus acutus und bei Tuberculose sind schon erwähnt. — Bei einer 66jährigen corpulenten Frau, welche als an Ileus leidend ins Krankenhaus gesandt wurde, erfolgte hier sogleich Stuhlgang, aber auch bald der Tod. Es fand sich eine mässige Entzündung der Coecalschleimhaut bei reichlicher Kothansammlung und frische Pericarditis, über deren Eintritt nichts ermittelt werden konnte.

Endocarditis mit geringen Vegetationen an der Mitralklappe und kleinen Fibrininfarcten in der Milz und den Nieren endete bei einem 16jährigen Laufburschen tödtlich.

Sonst wurde Endocarditis nur bei Rheumatismus acutus beobachtet.

Hypertrophie mit Erweiterung des rechten Ventrikels war ein gewöhnlicher Befund bei chronischem Lungencatarrh mit

Emphysem. — Hypertrophie des linken Ventrikels ohne Klappenerkrankung wurde bei 4 männl., 3 weibl. Kranken neben Atrophie der Nieren gefunden. Ausserdem wurde sie noch bei 1 männl., 1 weibl. Kranken vermuthet.

Stenose des Mitralostium wurde bei 1 männl., 1 w. Kranken gefunden; in beiden Fällen waren die durch die Circulationsstörung bedingten Beschwerden sehr bedeutend gewesen.

Insufficienz der Mitralklappe wurde bei 1 männl., 1 weibl. Kranken gefunden, bei 4 männl. diagnosticirt. Die beiden Gestorbenen litten an Tuberculose.

Stenose des Aortenostium wurde bei einem männl. Kranken vermuthet.

Insufficienz der Aortaklappen wurde bei 3 männl. Kranken gefunden und noch bei 5 anderen männlichen Kranken vermuthet.

Thrombose und Embolie.

Bei 4 männl., 1 weibl. Kranken wurden Schwielen im Herzfleische neben älteren, offenbar autochtonen Thrombosen der Kranzarterienäste gefunden. Mehrere der Kranken litten an periodischen heftigen Beklemmungsanfällen.

Thrombose der Hautvenen der Unterschenkel mit kleinen Hauthaemorrhagieen wurde bei einem 27jährigen Fabrikarbeiter beobachtet und geheilt. — An der Vena femoralis kam Thrombose bei einem 25jährigen öffentlichen Mädchen mit starker ödematöser Anschwellung des Beins ohne nachweisbare Veranlassung vor. — Bei einem 58jährigen Bäckergesellen traten zu einer Thrombose der rechten Schenkelvene bald Gangrän des Beins und Embolieen in den Lungen hinzu. Die Arterie war frei; eine Ursache war nicht aufzufinden. — Sogenannte marantische Thrombosen der Venen der unteren Extremitäten wurden wie immer, öfter, namentlich bei Tuberculose beobachtet. Ein Fall dieser Art, bei einer 55jährigen Kochfrau, welche an carcinomatöser Peritonitis litt, endete durch Embolie in die Lungenarterienäste tödtlich; diese letztere wurde zwei Tage vor dem Tode durch plötzlich eintretende Dyspnöe mit Blutauswurf angedeutet. — Bei einem 30jährigen Arbeitsmanne und einer 78jährigen Frau, welche beide an chronischem Lungencatarrh mit

Erweiterung und Hypertrophie der rechten Herzhälfte litten, war durch Gerinnungen im rechten Herzen Embolie der Lungenarterienäste veranlasst, bei der alten Frau konnte man deutlich nachweisen, dass ein Fragment des in der rechten Auricula gebildeten Thrombus mit fortgerissen war. — Bei einem 23jährigen Dienstmädchen, welches kurz nach der Entbindung ins Krankenhaus gebracht wurde, hatten puerperale Thromben der Vena hypogastrica Embolieen in den Lungen und Pleuritis veranlasst. — Eine im Puerperium entstandene Thrombose der Vena saphena bei einer 22jährigen Plätterin wurde geheilt.

Thrombose des Sinus transversus durch Caries des Processus mastoideus bei einem 30jährigen Arbeitsmanne veranlasste embolische Heerde in den Lungen.

Bei einem 31jährigen Matrosen wurden Embolieen in die Milz und Nieren durch multiple Muskelabscesse veranlasst.

Zwei Aneurysmen der Aorta ascendens und des Arcus wurden während des Lebens nicht erkannt. Beide Kranke litten an starkem Bronchialcatarrh mit quälenden Hustenanfällen; trotz der starken Rasselgeräusche hätte bei grösserer Aufmerksamkeit die Diagnose doch wohl richtig gestellt werden können. Der eine Fall endete durch Perforation des Aneurysma's in die Trachea, der andere durch gleichzeitig vorhandene Tuberculose und faulige Necrose des Lungengewebes tödtlich. — Ein dritter Fall von Aneurysma der Aorta ascendens und des Arcus bei einer 43jährigen Frau wurde, nachdem die Kranke acht Wochen im Krankenhause gewesen war, der weiteren Beobachtung entzogen.

Bei einem 27jährigen Klempnergesellen, welcher an Scharlach starb, wurde bei der Section zufällig der angeborene Mangel der vorderen Hälfte des Herzbeutels entdeckt.

Wegen Herzklopfen und Gefühl von Beengung ohne deutlich nachweisbare Erkrankung des Herzens oder der Lunge wurden zwei junge Männer und eine 68jährige Frau behandelt und nach einiger Zeit gebessert entlassen.

Krankheiten des Verdauungskanals.

An Angina parotidea litten 2 männl., 1 weibl. Kranke, alle erwachsen; bei beiden männlichen Kranken trat metastatische Anschwellung der Testikel ein.

An Angina tonsillaris litten 71 männl., 35 weibliche Kranke; von diesen hatten 12 männl., 17 weibl. Diphtheritis. Von den letzteren starb ein 27jähriger Maurergesell, welcher erst nach überstandener Diphtheritis aufgenommen wurde, aber an Schlundlähmung litt, schon am dritten Tage nach der Aufnahme. Er vermochte fast gar keine Nahrung zu sich zu nehmen; die microscopische Untersuchung wies in den gelähmten Muskeln moleculären Zerfall der Fasern nach. Die weibliche Kranke, ein 26jähriges Dienstmädchen, hatte in demselben Jahre schon zweimal Tonsillarangina, einmal mit Abscessbildung durchgemacht. Sie kam diesmal mit einer ausgebreiteten croupösen Bronchialaffection ins Krankenhaus und starb nach zwei Tagen. Zwei weibl. Kranke mit Diphtheritis kamen überdies noch gleich bei der Aufnahme auf die chirurgische Abtheilung wegen der Tracheotomie; beide Fälle endeten tödtlich.

An acutem gastrischen Catarrh litten 77 männl., 38 weibl. Kranke. Von diesen hatten 29 männl., 8 weibliche Fieber; bei 21 männl., 3 weibl. war muthmasslich ein unvollkommen entwickelter Abdominaltyphus vorhanden, bei den übrigen war die Veranlassung nicht nachzuweisen. Ebenso liess sich bei den fieberlosen Fällen die Ursache häufig nicht einmal vermuthen. Der Magencatarrh war wohl nur in wenigen Fällen die primäre Erkrankung, vielmehr nur das hervortretendste Symptom; die Unterbringung solcher Fälle von zweifelhafter Diagnose unter den Rubriken der bekannten Krankheiten ist aber nur auf willkührliche Weise möglich und geschieht am Besten dort, wo sie zu den geringsten Missverständnissen Anlass giebt. — Bei 2 männl. Kranken, welche schon einigemal desselben Uebels wegen im Krankenhause waren, traten in längeren Zwischenräumen die Erscheinungen eines heftigen, acuten Magencatarrhs mit stark belegter Zunge, heftigem Schmerz in der Magengegend und mit galligem Erbrechen ein, zuweilen mit Durchfall, zuweilen ohne diesen, und verschwanden nach wenigen Tagen, ohne dass es gelang, die Entstehung dieser Zufälle auf eine bestimmte Ursache zurückzuführen. Das Befinden in den oft monatelangen Zwischenräumen war gut und deutete kein Symptom auf ein Leiden des Magens oder der benachbarten Organe hin.

Chronischer Magencatarrh war bei 3 männlichen, 1 weibl. Kranken zugegen; bei der letzteren schien Hyperaemie

der Leber die Ursache zu sein; bei den männl. war Alcoholmissbrauch und in einem Falle eine frühere Vergiftung mit Sublimat die Ursache.

Bei einem 63jährigen Schlachter der an Tuberculose starb, fand man neben chronischem Magencatarrh *polypöse Excrescenzen* der Schleimhaut.

An *Cardialgie* litten 5 männl., 13 weibl. Kranke; von den ersteren wurde ein 30jähriger Schneider, welcher im Krankenhause lange erfolglos behandelt worden war, ausserhalb desselben, wie man später erfuhr, von einem Bandwurm und dadurch von seinen Beschwerden befreit. Eine weibl. Kranke hatte muthmasslich Gallensteincolik, ohne dass sich dies mit Bestimmtheit nachweisen liess.

Das *runde Magengeschwür* wurde nur in den Fällen mit Bestimmtheit diagnosticirt, wo ausser den sonstigen Symptomen noch Blutbrechen zugegen gewesen war. Es wurden 2 männl., 15 weibliche Kranke behandelt; bei 1 männl. mit Lebercirrhose wurde ausserdem noch zufällig ein vernarbtes Magengeschwür gefunden. Die so häufigen Narben der Magenschleimhaut in weiblichen Leichen wurden nicht besonders gezählt. In Folge des Magengeschwürs starben 1 männl., 4 weibliche Kranke und zwar mit Ausnahme einer weiblichen, sämmtlich an Perforation; die eine weibliche Kranke starb an Erschöpfung durch häufig wiederkehrende kleinere Blutungen aus verschiedenen Aesten der Coronararterien. Eine andere Kranke, welche ein bedeutendes, bis auf das Pancreas dringendes Geschwür hatte und in Folge desselben sehr litt, starb an Bronchopneumonie. Eine an Magenkrebs gestorbene weibliche Kranke hatte ausserdem noch zwei einfache runde Geschwüre.

Carcinom des Magens war bei 7 männl., 7 weiblichen Kranken zugegen; bei 4 männl., 2 weibl. hatte dasselbe seinen Sitz am Pylorus, einmal ohne Stenose desselben. Es erfolgte einmal Durchbruch in die Bauchhöhle und einmal in das Colon transversum; in diesem letzteren Falle war starker Durchfall und Anaemie vorhanden gewesen.

Carcinom des Oesophagus endete bei 1 männlichen, 1 weiblichen Kranken tödtlich.

Acuter Intestinalcatarrh war bei 40 männl., 4 weibl. Kranken vorhanden. Ein Fall bei einem 79jährigen Bewohner der Siechenstation endigte tödlich; hier hatten sich sogenannte catarrhalische Geschwüre des Dickdarms ausgebildet. — An chronischer Dysenterie mit acuten Exacerbationen litten acht Seeleute, welche sich das Uebel in den Tropengegenden zugezogen hatten; es wurde immer nur temporäre Besserung erzielt; ein Fall endete tödtlich durch Perforation des Dickdarms. — An Gastrointestinalcatarrh, als Begleiter der Atrophie, erlagen 4 ml., 4 weibl. kleine Kinder.

An Colik mit Obstruction in grösserer oder geringerer Intensität litten 4 männl., 2 weibl. Kranke.

An Ileus erkrankte ein 16jähriger Laufbursche, welcher an sehr leichtem acuten Gelenkrheumatismus gelitten hatte, während seines Aufenthaltes im Krankenhause. Ein von ihm nach einiger Zeit entleertes Sück des Dünndarms mit einem Theil des Mesenterialrandes bewies, dass es sich um eine Intussusception gehandelt hatte. Eine Verwechslung mit einem Ingest oder aus solchem gebildeten Conglomerat war durch sorgfältige Untersuchung ausgeschlossen. Der Kranke entzog sich, durch zu grosse Aufmerksamkeit der Aerzte ängstlich gemacht, der weiteren Beobachtung, indem er das Krankenhaus verliess.

Ein 65jähriger Korntäger starb in kurzer Zeit an Torsion der Flexura iliaca. Er trug auf der rechten Seite des Leibes eine unvollständig reponible Geschwulst, welche aus einer deutlich fühlbaren Lücke der Aponeurose hervorkam. Diese Geschwulst war schon bei einer früheren Anwesenheit im Krankenhause bemerkt worden nnd wurde bei dem Eintritt des Ileus mit diesem in Verbindung gebracht. Der schon wenige Stunden nach der Aufnahme erfolgte Tod liess es indessen nicht zu, dass aus dieser Ansicht practische Consequenzen gezogen werden konnten. Bei der Section wies sich die Geschwulst als eine Wucherung von Fettgewebe aus, welche mit dem Ligamentum teres der Leber zusammenhing. Diese Geschwülste, von denen ich noch einen anderen Fall beobachtet habe, können zur Verwechslung mit Bauchbrüchen Anlass geben.

Eine 38jährige Arbeitsfrau litt an Strictur des oberen Theils des Rectum mit sinuösen Ulcerationen; sie starb an Peritonitis.

Ein 36jähriger Matrose litt an oberflächlichen Geschwüren am Eingange des Mastdarms, mit reichlichen Blutabgängen; er wurde geheilt.

Parasiten. Drei Fälle von Taenia solium bei männlichen Kranken leisteten der Behandlung mit Granatwurzelrinde und mit Kousso Widerstand, indem der Kopf nicht entfernt wurde.

Drei Fälle von Trichinenaffection, von denen einer tödtlich verlief, habe ich in Virchow's Archiv veröffentlicht.

Peritonitis.

Allgemeine idiopathische Peritonitis wurde nicht beobachtet.

Bei einer 33jährigen Arbeiterin war umschriebene Peritonitis des linken Hypochondrium neben Pleuritis dieser Seite vorhanden; es liess sich nicht ermitteln, welche Affection die primäre gewesen war, ebensowenig wurde bei der Section ein Ausgangspunct für die Peritonitis gefunden. — Bei 3 männl., 3 weiblichen Kranken begrenzte sich die Peritonitis auf die rechte Seite des Leibes, da die Fälle geheilt wurden, so liess sich der genaue Sitz und der Ausgangspunct nicht mit Bestimmtheit ermitteln; bei einem der männlichen Kranken deutete sowohl die scharfe Begrenzung in der Coecalgegend, als ein noch während des Aufenthaltes im Krankenhause eintretender Rückfall auf Perforation des Wurmfortsatzes.

Peritonitis periuterina wurde bei 35 Prostituirten beobachtet; ausserdem noch bei 10 Kranken; zwei der letzteren waren sehr erschöpft und schon lange leidend, eine von diesen ward hergestellt, die andere ungeheilt nach ihrer Heimath entlassen. — Bei einer 21jährigen Prostituirten war nach einem Abortus umschriebene Peritonitis eingetreten, in Folge derer eine Perforation des Coecum von der Bauchhöhle aus entstand.

Perforation des Wurmfortsatzes hatte bei 3 männl., 1 weibl. Kranken tödtliche Peritonitis zur Folge; einmal war tuberculose Verschwärung die Ursache, einmal war bei einer an Lungentuberculose leidenden Frau nur catarrhalische Verschwärung des Wurmfortsatzes vorhanden. Bei einem 19jährigen Blockdreher-Lehrling fand man einen Kothstein mit darinsteckenden Borsten.

Perforation des Magens war bei 1 männl., 3 weibl. Kranken die Ursache der tödtlichen Peritonitis.

Perforation durch ein typhöses Geschwür führte bei 1 männl., durch ein tuberculöses bei 5 männl., 1 weibl. zum Tode.

Bei einem 30jährigen Matrosen war die Perforation durch chronische catarrhalische Geschwüre des Colon in Folge von Dysenterie veranlasst.

Bei einer 36jährigen Arbeitsmannsfrau hatte catarrhalische Verschwärung der linken Tube eine Perforation und in Folge derselben umschriebene Peritonitis veranlasst; auch in diesem Falle entstand secundäre Perforation des Darmcanals von dem Peritonaealabscess aus.

Verjauchendes Carcinom des Uterus bedingte durch Zerstörung des Peritonaeum in der Douglasischen Falte bei einer 50jährigen Frau rasch tödtliche Peritonitis.

Bei einer 58jährigen Tischlersfrau war durch chronische Harnverhaltung in Folge von Carcinom des Uterus eine Divertikelbildung der Blasenschleimhaut und durch Perforation eines Divertikels Peritonitis veranlasst.

Bei einem 33jährigen Ewerführerknecht war die Peritonitis durch den Durchbruch eines enormen Leberabscesses bedingt.

Tuberculöse Peritonitis wurde bei einem 20jährigen Schneidergesellen beobachtet.

Bei einer 67jährigen Frau fand man chronische und acute Peritonitis neben Cystoovarium; sie starb sechs Tage nach der Punction.

Eine Kochfrau mit Cystengeschwülsten beider Ovarien starb an carcinomatöser Peritonitis.

Bei 2 männlichen, 1 weiblichen Kranken war tuberculöse Verschwärung der Darmschleimhaut ohne Perforation die Ursache der Peritonitis.

Krankheiten der Leber und Gallenwege.

Einfacher Icterus wurde bei 24 männl., 4 weiblichen Kranken behandelt. Einmal wurde hierbei Xanthopsie beobachtet.

Icterus gravis mit tödlichem Ausgange kam bei einem 19jährigen Schustergesellen vor. Die Ergebnisse der Obduction stimmten ganz mit denen der Phosphorvergiftung überein, doch ergab die hierauf begründete polizeiliche Untersuchung durchaus keine Anhaltspuncte für diesen Verdacht.

Lebercirrhose, oder richtiger interstitielle Bindegewebswucherung, mit und ohne bedeutende Schrumpfung und Granulationsbildung wurde bei 10 männl., 4 weibl. Kranken durch die Section nachgewiesen; bei 2 männl., 2 weiblichen Kranken war Icterus zugegen. Ausserdem wurde diese Krankheitsform noch bei 2 weiblichen Kranken, welche ungeheilt entlassen wurden, vermuthet.

Ueberreste von gummöser Leberentzündung wurden bei 1 männl., 1 weibl. Kranken gefunden, beidemal neben amyloider Entartung der Nieren und der Milz und bei chronischer Peritonitis.

Carcinom der Leber kam bei 1 männl., 3 weibl. Kranken vor; zweimal war gleichzeitig Magenkrebs vorhanden, in einem Falle konnte die Section nicht gemacht werden und der vierte Kranke verliess ungeheilt das Krankenhaus.

Bei einem 33jährigen Ewerführer, welcher wegen Peritonitis aufgenommen wurde, fand man bei der Section einen ausserordentlich grossen Abscess der Leber, welcher fast das ganze Organ einnahm und sich an der unteren Fläche in die Bauchhöhle geöffnet hatte; es liess sich der Ursprung dieses Abscesses nicht mehr nachweisen, namentlich fanden sich keine bestimmte Zeichen eines Echinococcussackes, dessen Vorhandensein sonst am Wahrscheinlichsten war.

Bei einer 65jährigen Fau, welche an den Folgen des chronischen Lungencatarrhs starb, wurde bei der Section zufällig ein Echinococcussack gefunden. — Bei einem 30jährigen Schlachtergesellen waren die Erscheinungen eines ziemlich schnell zunehmenden Leberabscesses vorhanden und die Beschwerden hatten einen solchen Grad erreicht, dass an eine Eröffnung des Abcesses gedacht wurde, als plötzlich Abgang von Eiter und Echinococcusblasen mit dem Stuhlgange eintrat und alle Erscheinungen rasch nachliessen. Der Kranke verliess das Krankenhaus und wurde

nach drei Monaten derselben Beschwerden wegen wieder aufgenommen; auch diesesmal entleerte sich der Sack bald wieder durch den Darmcanal und der Kranke wurde wieder entlassen, nachdem sich während zehn Tagen keine Blase mehr im Stuhlgange gezeigt hatte.

Ausgebreitete Entzündung und Vereiterung der Gallenwege wurde bei einem 68jährigen Manne und einer 62jährigen Frau beobachtet. In dem ersteren Falle öffnete sich einige Tage vor dem Tode ein Gallengang in einen erweiterten Bronchus des rechten, mit dem Zwerchfell verwachsenen, unteren Lungenlappens.

Krankheiten der Harnorgane.

Albuminurie mit selbstständigem Nierenleiden, früher unter dem Namen des Morbus Brightii zusammengefasst, kam in folgenden Fällen vor:

Acute parenchymatöse Nephritis war muthmasslich bei 4 männl., 3 weibl. Kranken vorhanden, welche alle bis auf einen geringen Eiweissgehalt des Harns geheilt entlassen wurden. Bei 3 weiblichen Kranken war höchst wahrscheinlich Scharlach vorhergegangen, ohne dass sich dies mit Sicherheit feststellen liess, bei den übrigen war die Ursache unbestimmt; einer dieser Kranken hatte ein systolisches Geräusch an der Mitralkappe. Bei einem anderen, einem 40jährigen Arbeitsmanne, welcher erst acht Tage krank sein wollte, bei welchem der Urin anfangs specifisch schwer und dunkel war, trat später lobäre Pneumonie mit typischen Verlaufe ein, der Harn ward dann heller und leichter und der Eiweissgehalt verschwand bis auf einen kleinen Rest.

Chronische parenchymatöse Nephritis ward bei 2 männl., 2 weibl. Kranken vermuthet und in einem Falle durch die Section constatirt. Letztere Kranke hatte Narben eines ulcerirenden Exanthems im Gesichte, hatte öftere Anfälle von Eclampsie und starb zunächst an Erysipelas der excoriirten Unterschenkel. Die Nieren waren nicht geschrumpft und ohne amyloide Degeneration. — Die übrigen Kranken blieben ungeheilt, wurden aber theilweise gebessert.

Chronische interstitielle Nephritis mit Schrumpfung der Niere wurde bei 4 männlichen, 3 weiblichen Kranken durch

die Section nachgewiesen, jedesmal war Hypertrophie des linken Herzventrikels vorhanden; bei 2 männlichen Kranken waren sowohl mässige hydropische Beschwerden, als auch Anfälle von Dyspnöe, Retinitis apoplectica und Hirnhaemorrhagie zugegen.

Amyloide Degeneration wurde in den Nieren, ausser den Fällen von Tuberculose noch bei 1 männlichen, 2 weiblichen Kranken gefunden. — Bei einer der letzteren fanden sich Residuen früherer syphilitischer Erkrankung, bei der anderen weiblichen Kranken war die sogenannte Rheumarthritis deformans über viele Gelenke verbreitet vorhergegangen. Der männliche Kranke litt an Ecstrophia vesicae urinariae und hatte gleichzeitig Pyelitis calculosa.

Acute Pyelitis renalis und Perinephritis der rechten Seite schien bei einem 20jährigen Kellner vorhanden zu sein, welcher von seinen Beschwerden gänzlich befreit wurde, aber noch bei der Entlassung anämisch war.

Chronische Pyelitis war häufig im Gefolge älterer Blasencatarrhe; bei 3 männlichen Kranken war sie mit Steinbildung verbunden, zwei von diesen starben, bei dem dritten sicherten sowohl der gelegentliche Steinabgang, als die Anfälle von deutlicher Nierencolik die Diagnose.

Hydronephrose war 6mal die Folge von Compression der Ureteren bei Carcinoma Uteri. Einmal schien bei einem nicht zur Section gelangten Falle linksseitige Hydronephrose vorhanden zu sein, indem der Kranke, ein 35jähriger Drechsler, plötzlich nach Entleerung einer sehr reichlichen Menge Harns eine ihm schon länger beschwerliche, deutliche Anschwellung des linken Hypochondrium verlor und die Beschwerden vorübergehend, bei sparsamer Harnentleerung, wenn auch in geringem Grade, wiederkehrten und bei gesteigertem Harnlassen verschwanden.

Harnblasencatarrh war in acuterer Form bei 3 männlichen Kranken Folge von vorhergegangener Urethralblennorrhoe, ausserdem kam derselbe noch bei einem 21jährigen Dienstmädchen vor.

Chronischer Blasencatarh, häufig mit Catarrh der Nierenbecken und Vereiterung der Nieren verbunden, kam ausser

bei den Fällen von Paraplegie noch bei 8 männlichen, 3 weibl. Kranken vor. Bei 3 männlichen Kranken war Strictur der Harnröhre die Veranlassung gewesen, bei den 3 übrigen Geschwülste der Prostata; von den weiblichen Kranken war bei zweien die Urethra durch Krebswucherung vom Uterus aus verengt, einer dieser Fälle endigte tödtlich durch Perforation eines Harnblasendivertikels.

Bei einem 41jährigen Dienstmädchen wurde Neuralgia Urethrae, für welche sich keine bestimmte Ursache auffinden liess, vergeblich behandelt.

Polyurie kam bei einem 28jährigen Zimmergesellen, welcher schon früher desshalb im Krankenhause war, wieder zur Behandlung. Der Kranke war anämisch und litt viel an Schwindel nnd Eingenommenheit des Kopfes; auch diesmal ward er nur gebessert.

An den Folgen von Diabetes mellitus starb ein 27jähriger Schneidergesell. Es hatte sich zuletzt Lungentuberculose entwickelt, einige Tage vor dem Tode trat Eclampsie und Lähmung des rechten Armes, sowie des linken Facialis ein, ohne dass hierfür eine bestimmte Erklärung bei der Section des anämischen Gehirns gefunden wurde.

Tuberculose der Nieren und der männlichen Geschlechtsorgane wurde bei einem 44jährigen Arbeitsmanne beobachtet.

An Carcinom der Blase starb ein 56jähriger Tapezier.

Krankheiten des Uterus, der Tuben und Ovarien.

Metrorrhagie kam 6mal vor; 4mal bei und in Folge von Abortus, 2mal als profuse Menstruation, 2mal mit Erscheinungen von Entzündung der Umgebung des Uterus.

In drei Fällen war bedeutende Hyperaesthesie des Uterus bei geringfügigem Catarrh der Portio vaginalis die Ursache der Aufnahme. Ausserdem waren beide Affectionen combinirt in geringerem Grade eine ziemlich häufige Begleiterscheinung anderer Uebel.

An Carcinoma Uteri litten 14 Kranke; 10 starben, 4 wurden ungeheilt entlassen. Zweimal war Peritonitis die nächste Todesursache, einmal war gleichzeitig Perforation der Blase und des Mastdarms vorhanden.

Von bedeutenderen Lageveränderungen kam nur Prolapsus vor.

Perforation der linken Tube in Folge von ulcerirendem chronischen Catarrh hatte bei einer 36jährigen Arbeitsmannsfrau zu chronischer umschriebener und endlich acuter allgemeiner Peritonitis geführt, welche den Tod herbeiführte.

Cystengeschwülste des Ovarium hatten in zwei Fällen chronische Peritonitis, einmal mit tuberculösem, einmal mit carcinomatösem Exsudate veranlasst. In beiden Fällen musste wegen zunehmender Beengung die Paracentese des Bauchs gemacht werden.

Einmal wurde eine mässig umfängliche carcinomatöse Geschwulst des rechten Ovarium neben Uteruskrebs gefunden. — Ein anderesmal war ein bedeutendes, theilweise verknöchertes Fibroid des rechten Ovarium der öftere Gegenstand der Aufmerksamkeit bei Lebzeiten der sehr erschöpften Kranken, während man das gleichzeitig vorhandene, nicht umfängliche Cancroid des Uterus beinahe übersehen hätte.

Hautkrankheiten.

Das Eczem war, wie immer, die vorherrshende Krankheit. Es kam vor an der Kopfhaut bei 6 männlichen, 4 weiblichen Kranken, am Gesicht bei 6 männl., 3 weibl., am Gesicht und an den Händen bei 3 männl., 5 weibl., an den Händen und Vorderarmen bei 7 männlichen, 10 weiblichen, an den Oberschenkeln bei 2 männl., 1 weibl., an den Unterschenkeln bei 3 männlichen, 3 weibl., am Gesicht und an den Unterschenkeln bei 1 männl., 1 weibl., am Halse bei 1 männl., am Rumpfe bei 1 männl., 1 weibl., am Scrotum bei 1 m., in allgemeinerer Verbreitung bei 14 männl., 6 weiblichen Kranken. In mehreren Fällen konnte man die Entstehung auf Ungeziefer, reizende Salben und Flüssigkeiten oder Sonnenhitze zurückführen; einmal waren die Dämpfe von rauchender

Salpetersäure, einal die Beschäftigung mit Guano die Ursache gewesen.

Psoriasis wurde bei 10 männlichen, 6 weiblichen Kranken behandelt.

Urticaria kam bei 5 männlichen, 3 weiblichen Kranken vor, bei 3 männl. mit Fieber.

Purpura urticans wurde bei einem 17jährigen Dienstmädchen beobachtet; Erythema nodosum s. contusiforme bei 2 weibl. Kranken.

Herpes Zoster kam bei 2 männlichen Kranken vor, einmal in der Lumbargegend, einmal an der Brust.

Herpes circinnatus wurde bei 2 männl., 4 weiblichen Kranken behandelt.

Ecthyma kam bei 4 männl. Kranken vor; ein ulcerirendes Hautexanthem bei 1 männl., 1 weiblichen. — Furunculosis wurde bei 1 männl., 3 weibl. Kranken behandelt.

Prurigo kam bei 3 männl. Kranken zur Behandlung.



Einige perniciöse Fälle von acuter Periostitis und Myositis.

Die Kenntniss der acuten Periostitis und Myositis ist auch für den Arzt, der sich nicht vorzugsweise mit Chirurgie beschäftigt, von grosser Wichtigkeit, denn gerade die schwersten Fälle der Art gelangen nicht selten zu seiner Behandlung, weil das örtliche Leiden entweder ganz übersehen wird oder gegen das heftige Allgemeinleiden zurückzutreten scheint. Es wäre daher von grossem Nutzen, wenn in den Handbüchern der Pathologie dieser wichtigen, obwohl nicht häufigen Krankheitsform eine grössere Aufmerksamkeit geschenkt würde. Wie aber überhaupt die systematische Eintheilung der Krankheiten nur einen bedingten Werth hat und dem Bedürfnisse des practischen Arztes bei Weitem weniger entspricht, als dem des Studirenden, so ist es auch in den Fällen von acuter Periostitis und Myositis nicht förderlich, die Erkrankungen dieser Gewebe strenge von einander abgesondert abzuhandeln, ohne das Gemeinsame, welches sie in practischer Beziehung darbieten, besonders hervorzuheben. Der ontologischen Auffassung zuliebe, welche ihrer scheinbaren Uebersichtlichkeit und Bequemlichkeit wegen noch immer die Pathologie beherrscht, hat man überdies noch das Allgemeinleiden, welches die acute Periostitis und Myositis so verderblich macht, je nach einem Momente ihres Verlaufs oder nach der vermeintlichen Ursache oder nach der Analogie mit anderen gewöhnlichen, wenn auch im Grunde wenig gekannten allgemeinen Krankheiten im Schema der Pathologie untergebracht. Der Practiker, welcher sich in einem solchen Falle in den Handbüchern oder in der Litteratur Aufklärung suchen will, ist daher genöthigt, in ganz verschiedenen Rubriken die zerstreuten einzelnen Thatsachen aufzusuchen und wird doch häufig nur eine unvollkommene Auskunft erlangen. So lange die Bearbeitung der Pathologie noch nicht besser dem eigentlichen practischen Bedürfnisse, welches doch ganz allein der Krankheitslehre überhaupt die Berechtigung zu ihrer Existenz verleiht, entspricht, müssen casuistische Zusammen-

stellungen die Lücken auszufüllen suchen, welche die bisherige Art des Studiums der Medizin übrig lassen. Bei der Mittheilung der hier beschriebenen Fälle habe ich wesentlich den practischen Zweck im Auge gehabt und auf die systematische Bezeichnung geringeren Werth gelegt. So kann es namentlich für die Fälle von Myositis zweifelhaft erscheinen, ob die Erkrankung nicht richtiger als Bindegewebsentzündung aufzufassen sei, in manchen derselben mag vielleicht auch ursprünglich die Krankheit mit der Entzündung einer kleinen Lymphdrüse begonnen haben, ebenso ist auf den Antheil den die Erkrankung der Knochensubstanz in einigen Fällen gehabt haben mag, nicht besonders Rücksicht genommen. Diese Momente sind gewiss an sich von Wichtigkeit und können den Verlauf, wie die Behandlung wesentlich modificiren; es giebt aber Fälle, in welchen diese Unterschiede zunächst von geringerer Bedeutung sind. In diesen handelt es sich vorzüglich um das Vorhandensein eines tiefliegenden Entzündungsheerdes in einem Theile der Peripherie des Körpers, wobei sowohl die Erkennung, als die Behandlung des örtlichen Leidens ungewöhnliche Schwierigkeiten darbietet und wo das Allgemeinleiden durch seine Heftigkeit und seinen schnellen Verlauf nicht allein die grösste Bedeutung hat, sondern sehr leicht die locale Affection ganz übersehen lässt. Es ist in manchen Fällen der Art auch durch die Untersuchung der Leichen nicht möglich, genau den ursprünglichen Sitz der Erkrankung nachzuweisen, da mehrere benachbarte Gewebe in gleicher Weise erkrankt gefunden werden. Ebensowenig gelingt es, darüber ins Klare zu kommen, wesshalb die örtliche Erkrankung in diesen Fällen, statt, wie sonst so oft, einen langsameren und mehr örtlich begrenzten Verlauf zu machen, so rasch und in so gefährlicher Weise sich auf den übrigen Körper verbreitet. Das in solchen Fällen entstehende Allgemeinleiden hat man mit verschiedenen Namen belegt, je nach den Modificationen, welche die einzelnen Fälle darbieten und je nachdem man das eine oder andere Moment in dem Verlaufe der Krankheit für das wesentlichste hält. Als kurze Bezeichnungen haben solche Namen einigen Werth, vorzüglich wenn sie so voraussetzungslos, wie möglich sind, es herrscht nur leider in dieser Hinsicht keine Einigkeit unter den Schriftstellern. Der Gebrauch solcher Namen hat aber stets den Nachtheil, dass die grössere oder geringere Wahrscheinlichkeit der Hypothese, welche sie schuf, nicht immer dabei erwogen wird und man sich leicht gewöhnt, die so bezeichneten Krank-

heitszustände als wirklich erwiesene und genau characterisirte zu betrachten. Ich vermeide daher auch den Versuch, das Gemeinsame der von mir mitgetheilten Fälle durch eine der üblichen Benennungen deutlicher ausdrücken zu wollen. Es ist ausser Frage, dass die Embolie in diesen Zuständen ein sehr wichtiges Moment ist und namentlich die Art des Zustandekommens einzelner Erscheinungen ganz genügend erklärt; der mechanische Vorgang erklärt aber nicht die ganz verschiedene Folge desselben unter sonst gleichen Bedingungen. Hier entgehen uns die ausserdem noch wirksamen Factoren des Processes. Die Producte der Endocarditis erzeugen z. B. durch Embolie durchaus nicht selten grössere Heerde in der Milz und den Nieren, welche, ohne den Organismus wesentlich in seinen Functionen zu beeinträchtigen, einer rückgängigen Metamorphose verfallen und ganz unschädliche Reste übrig lassen. In anderen Fällen entstehen dagegen in Folge der acuten Endocarditis unzählige kleinere embolische Heerde mit einer ganz bedeutenden und schnell verderblichen Rückwirkung auf den Organismus. Das wesentliche Moment liegt hier höchst wahrscheinlich in einer qualitativen Differenz der Producte der Endocarditis in beiden Fällen, aber über diese, im Grunde wenig fördernde und ganz allgemeine Vermuthung geht unsere Weisheit nicht hinaus. Die qualitative Differenz der losgerissenen Thrombustheile bei Thrombose der Venen in der Umgebung von Eiterheerden ist zum Theil leichter nachzuweisen und zu erklären, wenn der Eiterheerd bestimmten Einflüssen ausgesetzt war; aber jene Fälle, wo bei scheinbar vortrefflicher Gesundheit durch einen ganz geringfügigen, oft gar nicht oder nur mit grosser Mühe nachweisbaren Anlass ein Entzündungsheerd gebildet wird, von dem aus durch Embolie Stoffe der schlimmsten Eigenschaft fortgeführt werden, spotten bis jetzt jedes Erklärungsversuches. Solche Fälle werden durch ihre Bezeichnung als Ichorrhaemie nicht aufgehellt, denn dieser Name soll die Resorption putrider oder ichoröser Substanzen bezeichnen, kann aber nicht ihre spontane Entstehung erklären. Von den rapiden und perniciösen bis zu den wesentlich local und langsam verlaufenden Fällen von Knochen- und Muskelentzündung giebt es eine ganz unmerklich ineinander übergehende Reihe von Zwischenstufen, welche weder durch Betonung des Localleidens noch durch die des Allgemeinleidens richtig characterisirt werden, Fälle, in welchen der scheinbar gleiche Vorgang nur in seiner Intensität abweicht, der Verlauf somit weniger rapide und unter Umständen

auch der endliche Ausgang ein günstiger ist. Je mehr in solchen Fällen das Localleiden in den Vordergrund tritt, desto weniger wird man das begleitende Fieber und den allgemeinen Zustand des Körpers bei ihrer Classification besonders berücksichtigen, das Allgemeinleiden aber ist anfänglich mitunter ganz so heftig, wie in den perniciösen Fällen, welche schon tödtlich enden, noch ehe man zu einer bestimmten Diagnose gelangen konnte. Dass hier die embolischen Heerde nicht den Unterschied machen, wird unter Anderem auch durch die Fälle in Weber's Abhandlung über die Entstehung und Heilung der Ichorrhaemie in Langenbeck's Archiv, Bd. 5, Hft. 1., nachgewiesen. Die ganz acuten Fälle mit tödtlichem Verlaufe setzen daher noch eine besondere Complication voraus, deren Natur uns augenblicklich ganz unbekannt ist. Die Behandlungsweise ist gewiss von wesentlicher Bedeutung auf den Verlauf, namentlich die locale des Entzündungsheerdes, doch glaube ich, dass man hier, wie überall, sehr vorsichtig sein muss, wenn man den günstigen Verlauf eines Falles ganz direct auf Rechnung der Behandlung schreiben zu können glaubt. Die Meinungen darüber, in wie weit in den hier mitgetheilten Fällen eine energische örtliche Behandlung auf den Verlauf derselben von Einfluss gewesen sein würde, werden voraussichtlich verschieden sein und es wird vielleicht Mancher glauben, das Gefährliche solcher Fälle liege nur darin, dass man sie nicht richtig erkenne und behandle. Ich werde auf diesen Punct noch weiter unten zurückkommen, aber selbst wenn eine solche Ansicht die einzig richtige sein sollte, wird die Mittheilung solcher warnenden Beispiele gewiss nur von Nutzen sein können.

I.

Acute Periostitis der Clavicula. — Tod am vierten Tage.

Ein 14jähriger Knabe von sonst gesunder Constitution befand sich seit einem Jahre wegen Epilepsie im Krankenhause. Sein anfänglich etwas anämisches Aussehen hatte sich während seines Aufenthaltes im Hospitale verloren; bald nach seiner Aufnahme hatte er Scharlachfieber bekommen, doch war dies leicht verlaufen. Die epileptischen Anfälle kamen im Ganzen selten, öfter trat nur ein rasch vorübergehender Schwindel ein. Ohne irgend eine nachweisbare Veranlassung klagte der Knabe am 26. März 1861 über Schmerzen im rechten Oberarme, dicht unter dem Schultergelenke, welche auf Druck nicht zunahmen, auch die Bewegung des Arms nicht hinderten. Das Allgemeinbefinden war nicht gestört. Am folgenden Tage klagte er noch ebenso, es war örtlich keine

auffallende Veränderung zu bemerken, dagegen zeigte sich ein unverhältnissmässig hohes Fieber, mit einer Temperatur von 33° R und einem Pulse von 144 Schlägen. Der Schmerz im Arm war nicht sehr heftig. Er erbrach im Laufe des Tages mehrmals. Das Fieber war am Abend wenig geringer (T. 32,8° R). Am folgenden Tage war die Temperatur noch etwas niedriger (32,5°), der Puls war aber auf 148 Schläge gestiegen. Der Knabe klagte über Kreuzschmerzen, ausserdem über die früheren Schulterschmerzen, welche jetzt aber deutlich auf die Clavicula zu localisiren waren. Diese zeigte sich etwas aufgetrieben, doch war keine Hautröthe zugegen; der Druck war jedoch empfindlich. Das Bewusstsein war vollkommen frei. Eine örtliche Blutentziehung war ziemlich wirkungslos. Die Abend-Temperatur betrug 32,7°. In der Nacht um 1 Uhr starb er.

Section 11 Stunden nach dem Tode.

Der Körper gut genährt, mit verbreiteten Todtenflecken; Farbe der Haut und der Muskeln nicht verändert. Die Weichtheile auf der rechten Clavicula zeigten sich beim Einschneiden wässerig infiltrirt, das Zellgewebe war etwas verdichtet, doch nur von geringem Blutreichthum. Nirgends zeigte sich Eiter, bis man das Periost der Clavicula einschnitt, worauf eine mässige Menge blutiger Jauche abfloss. Der Knochen war geröthet, wie blutig infiltrirt. Die kleinen Venen in der Umgegend waren mit einer eiterähnlichen Flüssigkeit angefüllt, eine derselben stand mittels eines verpfropften Astes mit der Vena subclavia nachweisbar in Verbindung. An der Stelle des Zusammentreffens der Vena jugularis und subclavia war an der Wand des Gefässes ein mässig umfängliches Blut- und Faserstoffgerinnsel festgeklebt. Der Stamm der Anonyma und die Cava superior waren frei von Gerinnsel. Das Schädeldach und die dura Mater waren sehr blutreich, die Arachnoidea war nur wenig getrübt. Die pia Mater und die Hirnsubstanz waren blutreich, in den Sinus der harten Hirnhaut befanden sich Faserstoffgerinnsel in geringer Anzahl, ohne an den Wandungen zu kleben oder das Lumen zu verstopfen. Auf beiden Seiten war die Rippenpleura injicirt; auf der Lungenpleura waren an einigen Stellen weiche gelbliche Gerinnsel abgelagert, hier sah und fühlte man rundliche feste Ablagerungen. Diese zeigten beim Einschneiden die bekannte Keilform, bestanden theils aus geronnenem Blute, theils enthielten sie gelblichen, geronnenen Faserstoff. Im Herzbeutel befand sich etwas trübe Flüssigkeit, unter dem serösen Ueberzug des Herzens waren mehrere Ecchymosen. Auf der vorderen Herzfläche, gerade am Septum befand sich oberflächlich in der Muskulatur eine blutig infiltrirte, durch Fibrinausscheidung gelblich gefärbte, umschriebene Stelle mit einem deutlichen Fibrinpfropf in einem benachbarten kleinen Blutgefässe. Der hier verlaufende grössere Ast der Coronararterie enthielt nur ein gallertiges Gerinnsel. Im Herzen befand sich dunkles, flüssiges Blut; die Klappen waren gesund. Die Leber war schlaff und ziemlich blutreich, sonst nicht verändert. Die Milz war dunkel, weich, nicht vergrössert, die Follikel waren geschwollen Die Nieren waren blutreich, sonst gesund. Am Darmcanale war keine besondere Veränderung zu bemerken.

Da der Knabe in einem der gewöhnlichen Krankenzimmer war und so sich unter steter Aufsicht befand, so muss eine äussere Veranlassung von irgend welcher Erheblichkeit ausgeschlossen werden. Für eine soche gab auch der Sectionsbefund nicht den geringsten Anhalt und bei dem so auffallenden und schnellen Verlaufe der Krankheit würde jeder ungewöhnliche mit ihr in Zusammenhang zu bringende Vorfall gewiss nachträglich zu meiner Kunde gekommen sein, wenn auch irgend Jemand ihn hätte verheimlichen wollen. Der Knabe war ganz verständig und war stets ausserhalb des Bettes, so dass ein längeres Bestehen der Periostitis, ehe sie bemerkt wurde, ebenfalls nicht angenommen werden kann. Dieser Fall ist daher durch seinen raschen Verlauf und die schnelle Entwicklung des Fiebers mit den gefahrdrohenden Symptomen bei den scheinbar unbedeutenden anfänglichen Beschwerden ein recht characteristisches Beispiel von dem insidiösen Verlaufe der acuten Periostitis.

II.

Acute Periostitis des Darmbeins, des Acromion der linken Seite und des Sternum. — Tod in etwa acht Tagen.

Ein 18jähriger Handlungscommis, von schönem, regelmässigen Körperbau wurde am 17. April 1862 aufgenommen. Er war nur wenige Tage krank; anfangs hatte er Schmerzen in der linken Hüfte bekommen, welche bald nachliessen, dann entstanden Schmerzen in der linken Schulter, gleichzeitig Fieber und einigemal Frost. Die Temperatur der Haut war 32 °, der Puls machte 112 Schläge in der Minute, die Zahl der Athemzüge war 32. Der Kopf schmerzte nicht, das Bewusstsein war frei, der Appetit fehlte, der Durst war stark, Oeffnung fehlte seit einigen Tagen. Der Leib war in der linken Unterbauchgegend etwas aufgetrieben, aber nicht schmerzhaft, es war keine Roseola und keine Milzanschwellung zugegen. Die physicalische Untersuchung der Lungen und des Herzens ergab keine Abweichung. Das Acromion war beim Druck schmerzhaft, eine Anschwellung war indessen nicht wahrzunehmen, auch konnte der Kranke den Arm, obwohl mit einiger Mühe, heben; die Hüfte schmerzte nicht beim Druck, auch war die Bewegung des Beines unbehindert, Am nächsten Morgen war der Zustand wenig verändert; die Temperatur betrug noch 32 °, der Puls machte 116 Schläge, die Respirations-Frequenz war auf 40 Athemzüge in der Minute gestiegen, das Athmen war oberflächlich, doch ergab die physicalische Untersuchung auch jetzt keine Abnormität. Am Abend war die Temperatur 32,2 °, die Frequenz des Pulses 124, die der Respiration 48. In der

folgenden Nacht war der Kranke sehr unruhig, delirirte und verliess mehrmals das Bett. Es war mehrmals Durchfall erfolgt. Nach einer kalten Einwicklung sank die Temperatur auf 31,4°, der Kranke ward ruhiger und freier. Die linke Schulter und Hüfte waren beim Druck schmerzhaft, doch bewegte der Kranke sowohl den Arm als das Bein. Links vom Brustbein, unterhalb der Clavicula, hörte man neben den Herztönen etwas Reibungsgeräusch; 124 Pulsschläge, 48 Athemzüge. Am Abend war die Temperatur 32,3°, dabei 124 Pulsschläge und 48 Athemzüge. In der Nacht delirirte der Kranke sehr heftig und hatte unwillkürliche Harn- und Stuhlentleerung. Die Gegend des linken Acromion zeigte eine unbedeutende teigichte Anschwellung, doch konnte auch jetzt noch der Arm gehoben werden. Die Temperatur war 32,1°, die Zahl der Pulsschläge 136, der Athemzüge 36. Man hörte das Reibungsgeräusch nicht mehr. Da der ganze Krankheitszustand das Vorhandensein einer acuten Periostitis vermuthen liess, so bat ich meinen Collegen, Herrn Dr. Knorre, um seine Ansicht für die Zweckmässigkeit oder Zulässigkeit einer Incision an der schmerzhaften Stelle. Bei der Undeutlichkeit der örtlichen Veränderung, sowohl am Acromion, als an der Hüfte beschlossen wir jedoch von dem Einschnitte abzustehen, zumal der allgemeine Zustand des Kranken das Vorhandensein der sogenannten Pyaemie voraussetzen liess. Die Abendtemperatur betrug 32°, die Frequenz des Pulses und der Respiration war noch gesteigert. Der Kranke war ganz bewusstlos und ging deutlich dem Tode entgegen. Dieser erfolgte am 21., Abends. Am Morgen dieses Tages war das Reibungsgeräusch links vorn und oben zur Seite des Sternum wieder hörbar. Die Temperatur war am Tage des Todes auf 31,3° gesunken, stieg aber später noch auf 33°. — Die Behandlung hatte in wiederholter nasskalter Einwicklung des ganzen Körpers neben Anwendung eines Infus. digital. mit Nitrum bestanden.

Section 14 Stunden nach dem Tode.

Kräftig gebauter Körper mit dunkelgerötheten Muskeln. Die Gegend der linken Schulter und der linken Hüfte zeigte sich in geringem Grade geschwollen. — Die Arachnoidea war nur wenig getrübt, unter derselben nur wenig Serum. Geringer Blutreichthum der pia Mater und Hirnsubstanz; wenig Serum in den Ventrikeln. Am Gehirn selbst keine wesentliche Veränderung. Im Herzbeutel nur eine mässige Menge seröser Flüssigkeit. Das Herz war namentlich an seiner Basis mit Ecchymosen bedeckt, an einzelnen Stellen der Oberfläche konnte man kleine rothe Partieen wahrnehmen, wo die Muskelsubstanz theils mit blutiger, theils mit gelber, festerer, oder eiterähnlicher Substanz infiltrirt war. In einem Aste der Arteria coronaria war ein deutliches Faserstoffgerinnsel. Das Herz und seine Klappen sonst nicht erkrankt. Die Pleurablätter beider Seiten mit weichen dünnen Fasertsoffmembranen hier und da bedeckt, die Lungen an diesen Stellen leicht verklebt.

Namentlich zeigte sich die Mediastinalpleura der linken Seite, dort, wo man das Reibungsgeräusch am Herzen gehört hatte, mit einer weichen Exsudatschicht bedeckt. — In beiden Lungen waren zahlreiche rundliche Infarcte, mit schwarzrother Peripherie und eitrig zerfallenem Centrum von verschiedener Grösse. — Die Leber war ziemlich blutreich, in ihrer Structur nicht verändert. – Die Milz war wenig vergrössert, die Pulpe schmutzigroth und weich. — In beiden Nieren fanden sich mehrere rundliche und keilförmige Blut- und Fibrin-Infarcte. Magen und Darmcanal ohne bemerkenswerthe Abweichung. — Am unteren Ende des Sternum fand sich ein kleiner Abscess, welcher an einer Stelle mit dem entblössten Knochen zusammenhing. Auf dem linken Acromion war in der Tiefe ebenfalls ein nicht umfänglicher Eiterheerd, eine kleine Stelle des Knochens war vom Periost entblösst. Ein grösserer Eiterheerd befand sich am oberen, vorderen Theil des linken Darmbeins; der Knochen war hier in grösserer Ausdehnung entblösst. Der Eiter erstreckte sich zwischen den Muskeln bis in die Gegend des kleinen Trochanter. In der Vena iliaca war ein wandständiges Faserstoffgerinnsel. —

Der ursprüngliche Sitz der Krankheit war in diesem Falle offenbar das linke Darmbein, wie sowohl die Krankheitsgeschichte, als der Sectionsbefund nachweist. Der Thrombus der Vena iliaca erklärt die Ablagerungen in den Lungen; auch die Ablagerungen im Herzen und den Nieren lassen sich aus derselben Quelle ableiten. Die rasche Entstehung der beiden anderen, mit dem Knochen zusammenhängenden Abscesse, von denen der am Acromion namentlich sehr früh auftrat, sind schwieriger durch Embolie zu erklären und weisen mehr auf ein ähnliches, ursächliches Moment hin, als dasjenige, welches die Erkrankung des Darmbeins herbeiführte. Welches dieses aber gewesen, ist nicht zu bestimmen, jedenfalls ist eine traumatische Veranlassung nicht wahrscheinlich.

III.

Acute Periostitis der linken Scapula. — Tod am achten Tage.

Ein 17jähriger Laufbursche, von etwas abgemagertem Körper ward am 12. April 1860 aufgenommen. Seine Besinnung war nicht ganz frei, doch gab er an, 6 Tage krank zu sein und vor 4 Tagen wegen Schmerz n der Gegend des Schulterblattes blutige Schröpfköpfe bekommen zu haben. Eine traumatische Veranlassung seiner Erkrankung stellte er in Abrede. Das Gesicht war etwas cyanotisch, die Respiration beschleunigt, bisweilen von heftigen Hustenanfällen unterbrochen, die Hauttemperatur war sehr erhöht, die Haut trocken, mit kleinen Petechien und sparsamer

kleinen angetrockneten Krusten eines pustulösen Exanthems bedeckt. Der Puls machte 108 Schläge. Der Kopf war heiss, das Gesicht roth, die Pupillen waren weit. Der Kranke antwortete theils richtig, theils verkehrt; sich selbst überlassen delirirte er still vor sich hin. Der Appetit fehlte ganz, der Stuhlgang war träge und sollte während der Krankheit nur einmal erfolgt sein; der Leib war eingezogen, beim Druck etwas empfindlich, die Milz schien nicht vergrössert. Die Percussion war im Bereich der Lungen nirgends gedämpft, bei der Auscultation hörte man hinten kurzes, unbestimmtes Athmungsgeräusch. Der Kranke klagte hauptsächlich über Schmerzen in den Beinen; hier konnte man nichts Abnormes wahrnehmen, dagegen zeigte sich eine nicht bedeutende Anschwellung der Regio supraspinata am linken Schulterblatt, welche übrigens durchaus nicht gespannt war, noch weniger aber Fluctuation zeigte. Der Druck war hier empfindlich. Nach Angabe des Kranken waren in den ersten Tagen seiner Krankheit nur allgemeine Gliederschmerzen zugegen gewesen. — Die Nacht brachte der Kranke sehr unruhig zu und wollte häufig das Bett verlassen. Er delirirte am nächsten Morgen stark, antwortete indessen noch ziemlich vernünftig, wenn man ihn fragte. Er klagte über Hitze im Kopfe und Schmerzen in allen Gliedern, aber auch über die linke Schulter, welche im äusseren Ansehen gegen den Tag zuvor wenig Veränderungen zeigte. Der Puls machte 132 Schläge. Frost war nicht vorhanden gewesen. Die Hustenanfälle kamen von Zeit zu Zeit ziemlich heftig. Der Leib war noch eingezogen und beim Druck empfindlich; Oeffnung war am Morgen trotz des am Abend vorher gereichten eröffnenden Mittels nicht erfolgt, am Nachmittage dagegen gingen mehrere flüssige Ausleerungen ins Bett. Gegen Abend nahm der Collapsus zu, der Puls war auf 150 Schläge gestiegen, der Kranke war sehr unruhig. Am nächsten Morgen war der Puls kaum noch zu zählen, der Athem dabei sehr beschleunigt. Die Ausleerungen erfolgten ganz unwillkürlich. Die Schwellung am Schulterblatte hatte sich nicht verändert. Bald nach Mittag starb der Kranke.

Section 22 Stunden nach dem Tode.

Der während des kurzen Aufenthaltes ziemlich abgemagerte Körper zeigte verbreitete Todtenflecke. — Die Arachnoidea war etwas milchig getrübt, unter derselben befand sich wenig Serum. In den Seitenventrikeln war etwas röthlichgefärbtes Wasser. Die Gehirnsubstanz war sehr blutreich, weniger die pia Mater. — In den Lungen fanden sich zahlreiche rundliche, feste und zerflossene Fibrin-Infarcte, theilweise deutlich mit etwas erweiterten kleinen Blutgefässen zusammenhängend. — Im Herzbeutel war eine ziemliche Menge eitrigen Exsudats mit weichen, membranösen Niederschlägen auf beiden Blättern des Herzbeutels. Am Herzen selbst war keine wesentliche Veränderung zu bemerken. — Die Leber war mässig blutreich, ohne Structurveränderung; die Milz war mässig vergrössert, schmutzigroth und mürbe. — Die Rindensubstanz

der Nieren war etwas geschwollen, blutreich, mit trübem Serum infiltrirt und zerreisslich. — Im Magen und Darmcanal keine wesentliche Veränderung. — Unter dem Periost der linken Scapula, sowohl auf deren äusserer, wie innerer Fläche, doch nicht im ganzen Umfange, sondern mehr in der Gegend der Spina, befand sich eine Eiteransammlung. In den Venen der Umgebung war eine dickliche, eiterähnliche Masse; es war kein Thrombus in der Vena subclavia oder der anonyma sinistra. — In der Substanz des oberen Theils des linken Musculus rectus Abdominis befand sich eine Eiteransammlung.

In diesem Falle hatte man während des Lebens die Art der Krankheit allerdings erkannt, doch bei der geringen Schwellung der Schulterblattsgegend und dem Mangel der Spannung oder Fluctuation nicht mit der Sicherheit, um bei den ohnehin schon hoffnungslosen Zustande des Kranken ein operatives Eingreifen darauf zu begründen. Der Kranke klagte von selbst nicht über Schmerzen im Schulterblatte, sondern nur beim Druck auf diese Gegend; er hatte überdies jede traumatische Veranlassung geläugnet.

IV.

Acute Periostitis der rechten Fibula.

Ein 19jähriger Bleidecker wurde am 1. November 1860 des Abends aufgenommen. Er war von gutgenährtem, kräftigen Körper, offenbar nicht lange krank, doch war die Dauer der Krankheit, wegen des Zustandes von Betäubung, in welchem er sich befand, nicht genau zu ermitteln. Er antwortete nur auf lautes, wiederholtes Befragen und dann sehr kurz und unwillig. Seine Klagen bezogen sich auf Schmerzen im ganzen Körper; überall wo man ihn anfasste, schien er starke Schmerzen zu haben, namentlich auch beim Versuche, ihn umzuwenden, so dass hierdurch die Untersuchung der Brust auf die vordere Hälfte beschränkt bleiben musste. Die Gelenke waren, mit Ausnahme des rechten Fussgelenkes, nicht geschwollen, die Haut war hier nicht geröthet, aber die Berührung, wie auch an anderen Körpertheilen, schmerzhaft. Die Pupillen waren von mittlerer Weite, beiderseits gleich, die Hauttemperatur hoch, der Puls und die Respiration waren beschleunigt. Percussionsabweichungen wurden an der vorderen Brustfläche nicht bemerkt, das Athmungsgeräusch war sehr laut, ohne Rasselgeräusche. Am Herzen hörte man ein Reibungsgeräusch, welches sich als unabhängig von den sonst nicht abweichenden, lauten Herztönen deutlich erkennen liess. Der Leib war weich, nirgends besonders empfindlich; die Milz, wie die Leber liessen keine Volumensveränderung entdecken. Die Untersuchung des mit dem Catheter entleerten Harns, ergab mässigen Eiweissgehalt, vermehrte

harnsaure Salze, wenig verminderte Chloride, saure Reaction, sparsame Exsudatcylinder von grösstentheils hyalinem Ansehen. — In der Nacht delirirte der Kranke heftig. Die Temperatur betrug am Morgen 32,3°, bei 130 Pulsschlägen. In dem Zustande war sonst keine Veränderung eingetreten, nur sanken die Kräfte sichtlich. Um Mittag starb er.

Section 23 Stunden nach dem Tode.

Die Hautdecken und Muskeln zeigten eine dunkle Färbung. Die dura Mater war längs der Sutura coronaria mit dem Schädel verwachsen; in den Sinus war theils dunkles geronnenes Blut, theils sparsame Fibringerinnsel. Die Arachnoidea der Convexität des Gehirns war stark getrübt, vorn auf der linken Hemisphäre mit kleinen Bindegewebswucherungen in Form von Excrescenzen hie und da besetzt, von denen einige verknöchert waren. Das Ependym der Ventrikel war stark verdickt, mit kleinen Granulationen bedeckt, doch war wenig Wasser in den Ventrikeln. Die Gehirnsubstanz war sehr blutreich. — In den, im Allgemeinen blassen, lufthaltigen Lungen waren einige kleine peripherisch gelagerte hämorrhagische Infarcte, theilweise mit gelblichem, erweichten Centrum. In der Lungenarterie und ihren Aesten fanden sich Blut und Fasserstoffgerinsel, welche jedoch die Oeffnungen nicht vollständig verschlossen. — Im Herzbeutel war wenig trübe Flüssigkeit, aber reichliche Ablagerung gelber, weicher Gerinnsel auf beiden Blättern des Herzbeutels. Das Endocardium und die Klappen waren nicht erkrankt. Im Herzfleische des linken Ventrikels befanden sich zwei rundliche Ablagerungen, die eine gleichmässig roth gefärbt, die andere eiterähnlich zerfallen. — Die Leber enthielt wenig Blut in ungleicher Vertheilung; die Galle war rothbraun. — Die Milz war schlaff und blass, in der Pulpe waren einzelne kleine, unregelmässige, dunkelrothe Stellen, Blutextravasaten ähnlich, eingesprengt. — In der Rindensubstanz der blassen Nieren waren einzelne kleine keilförmige Ablagerungen mit dunkelrother Peripherie und gelbem Centrum. Am Magen und Darmcanal war keine wesentliche Veränderung zu bemerken. — Die Weichtheile an der äusseren Seite des rechten Fussgelenkes waren serös infiltrirt; unter dem abgelösten Periost des unteren Endes der Fibula fand sich dicker Eiter. Das Zellgewebe der Gefässscheide der Vena tibialis antica und postica war injicirt, die Gefässe selbst mit dicklichen Blut erfüllt, doch ohne Pfropfbildung.

Die Anschwellung des rechten Fussgelenkes und die vorhandene Pericarditis liessen diesen Fall während des Lebens als acuten Gelenkrheumatismus auffassen; bei längerer und genauerer Beobachtung wäre die richtige Diagnose wohl zu stellen gewesen, namentlich wenn eine Anamnese möglich gewesen wäre. Der Befund im Gehirn deutet auf frühere Erkrankung desselben, doch

war diese Veränderung ohne Beziehung zu der gegenwärtigen Krankheit und ihrem Verlaufe, so wie sie auch den Kranken nicht an seinem, für Kopfleidende besonders beschwerlichen Berufe gehindert hatte.

V.

Acute Periostitis des Humerus.

Am 2. April 1862 wurde ein 16jähriger Laufbursche im Krankenhause aufgenommen, welcher wenige Stunden nach der Aufnahme starb. Er war bei seinem Dienstherrn erkrankt und wurde von dort durch Vermittlung der Polizeibehörde nach vorheriger ärztlicher Untersuchung ins Krankenhaus befördert. Da eine gerichtliche Section nicht stattfand, so war die Veranlassung der polizeilichen Untersuchung höchst wahrscheinlich die Weigerung des Dienstherrn gewesen, die Kosten der Verpflegung im Krankenhause zu bezahlen, während er ihn, der schweren Erkrankung wegen und wegen der Localität, eines Wohnkellers, nicht bei sich behalten konnte. Der Kranke war desshalb auch wahrscheinlich gar nicht in ärztlicher Behandlung gewesen. Die Diagnose war auf gastrisches Fieber gestellt.

Section 16 Stunden nach dem Tode.

Ziemlich kräftiger Körper, starke Todtenstarre, Haut und Muskeln von dunkler Farbe. Der linke Oberarm an der inneren Seite im mittleren Dritttheile geschwollen. — Arachnoidea stark getrübt, mit vielen Pacchionischen Granulationen; wenig Wasser unter derselben. In den Ventrikeln des Gehirns eine geringe Menge Wasser. Pia Mater und Hirnsubstanz blutreich. — Die Lungenpleura mit kleinen Ecchymosen bedeckt, an vielen Stellen glanzlos und mit einer dünnen, weichen Exsudatschicht überzogen. Die unteren Lappen waren in ihrem hinteren Theile dunkelroth, luftleer, die Schnittfläche glatt, mit undeutlicher Granulation an einzelnen Stellen in der Umgebung kleinerer, etwas erweiterter Bronchialäste; die Schleimhaut dieser war dunkel geröthet. Ausserdem zeigten sich in beiden unteren Lappen keilförmige Infarcte von geronnenem Blut und von gelbem, zerfallenen Faserstoff. — Im Herzbeutel eine geringe Menge trüber, bräunlichgelber Flüssigkeit. Der Ueberzug des Herzens war an mehreren Stellen sugillirt; die Muskelsubstanz war hier theils blutig imbibirt, theils eitrig infiltrirt. Im Herzen waren durchscheinende Faserstoffgerinnsel. Die Klappen waren nicht erkrankt. Die Kranzarterie und ihre grösseren Aeste enthielten keine Pfröpfe. — Die blutreiche Leber zeigte keine wesentliche Veränderung. Die Milz war von gewöhnlicher Grösse, die Pulpe schmutzigroth, zerfliessend. In der Rindensubstanz der nicht geschwollenen Nieren kleine

punctförmige und keilförmige, blutige Infarcte mit gelbem Centrum. — Magen und Darmcanal nicht wesentlich verändert. — In dem linken Schulter- und Kniegelenke war die Synovia etwas dunkler gelb gefärbt und vermehrt. — An der geschwollenen Stelle des linken Oberarms war das Unterhautzellgewebe mit gelblichem Serum infiltrirt; unter der Fascie war Eiter und zerfallenes Zellgewebe. Die Zellgewebsnecrose liess sich nach oben und innen bis etwa zur Insertion des M. latissimus Dorsi verfolgen. Hier war das Periost an einer nicht umfänglichen Stelle abgelöst, an seiner unteren Fläche punctirt geröthet und mit Eiter bedeckt; das Periost der Umgebung war normal befestigt. Die Eiterung erstreckte sich etwas zwischen die benachbarten Muskeln. Die Scheide der grossen Gefässe und das Neurilem waren injicirt. In den kleinen Muskelvenen und der Vena brachialis befanden sich Fibrinpfröpfe.

VI.

Acute Periostitis des rechten Darmbeins. — Tod am achten Tage.

Ein kräftiggebauter 19jähriger Schlossergesell wurde am 4. September 1855 aufgenommen. Er war seit vier Tagen krank und klagte besonders über Schmerzen in der rechten Hüfte und dem Oberschenkel. Besonders empfindlich war die Crista des Darmbeins und die innere Fläche des Oberschenkels bis zum Knie. Er hatte dabei den Appetit verloren, heftigen Durst und Fieber bekommen; am Tage der Aufnahme war starker Durchfall eingetreten. Die Haut war heiss, der Puls machte 120 Schläge in der Minute; die Respiration war unbehindert, die Zunge wenig belegt. Nach Schröpfköpfen und Einreibung von Unguent. cinereum liessen die Schmerzen nach, doch blieb das Fieber heftig und verband sich mit Delirien, der Durchfall hatte bei einem schleimigen Decoct mit Opium nicht aufgehört, doch war der Leib nicht schmerzhaft. Die Zunge war mehr geröthet, es hatte sich ziemlich starker Schweiss eingestellt. In den nächsten Tagen blieb sich der Zustand im Wesentlichen gleich, nur verfielen die Kräfte mehr und die Delirien wurden stärker. Der Leib war weich und nur bei tiefem Druck empfindlich, der Durchfall hielt bis zum Tage vor dem Tode noch stark an, über die Hüfte ward wenig geklagt. Am 9. Semptember Morgens erfolgte der Tod.

Section, etwa 28 Stunden nach dem Tode.

Haut und Muskeln von dunkler Färbung. — Das Gehirn fest und blutreich. — In den blutreichen Lungen an vielen Stellen erbsen- bis haselnussgrosse Abscesse in verschiedenen Stadien der Entwicklung, besonders am unteren Rande. — Am Herzen, ausser einigen Sehnenflecken keine Abnormität. — Die Milz gross und weich. — Die Leber und die

Nieren blutreich, sonst nicht verändert. — Die Schleimhaut des Darmcanals geröthet und etwas geschwollen, die Peyerschen Drüsen hie und da geschwollen und ecchymosirt. — An dem oberen Theil des rechten Darmbeins, an dessen innerer Fläche, zwischen der Spina anterior und posterior ein etwa handgrosser Abscess mit rötlichem, jauchigen Eiter gefüllt; der Knochen war entblösst und rauh, sonst ohne Veränderung. In den umgebenden Weichtheilen und den Blutgefässen zeigte sich keine Abnormität.

VII.

Acute Myositis der Schulter und des Iliopsoas. — Tod am achten Tage.

Ein 49jähriger kräftiger Schiffer, angeblich früher immer gesund, fühlte sich am Morgen des 26. October 1862 unsicher auf den Beinen und stolperte mehrmals; am Nachmittage bekam er heftigen Frost und Schmerzen mit Steifigkeit in den Gliedern, namentlich in der linken Schulter und der linken Hüfte. Er blieb seitdem fieberhaft, hatte anfangs Stuhlverstopfung, bekam aber nach einem eröffnenden Mittel starken Durchfall. Am 31. October kam er ins Krankenhaus. Sein Gesicht war etwas eingefallen, Lippen und Zunge mit klebrigem Schleime bedeckt. Haut feucht, die Temperatur 31,7°, Puls von 96 Schlägen, 26 Athemzüge. Der Sulcus intertubercularis der linken Schulter war beim Drucke sehr schmerzhaft, doch keine Geschwulst in dieser Gegend zu bemerken, an dem linken Darmbeinkamm fand man eine geringe Schwellung und grosse Schmerzhaftigkeit beim Druck. Der Kranke hustete etwas, doch waren nur feinblasige Rasselgeräusche an einzelnen Stellen der Lungen zu hören. Die Nacht schlief der Kranke sehr unruhig, sprach öfter; am nächsten Morgen klagte er noch über die Schmerzen in der Schulter und Hüfte, aber auch über ein Gefühl von Beklemmung. Das Colorit war etwas icterisch geworden. Temperatur Morgens 31,4°, Abends 31,7°, Puls Morgens von 112, Abends von 132 Schlägen, Morgens 26, Abends 40 Athemzüge in der Minute. In der Nacht Delirien, am nächsten Morgen Sopor, Flockenlesen, profuser Schweiss. Temperatur 32,3°, Puls von 140 Schlägen, 32 Respirationen. Der Urin musste mit dem Catheter abgenommen werden. Die Temperatur stieg bis zum Nachmittage allmählig auf 33° bis zum Eintritte des Todes.

Section 20 Stunden nach dem Tode.

Die Haut dunkel, etwas icterisch gefärbt. — Schädel ziemlich dick; dura Mater nicht verändert. Arachnoidea wenig getrübt; pia Mater und Gehirnsubstanz blutreich. In den Ventrikeln wenig Wasser; das Ependym von guter Consistenz. — Im Herzbeutel war eine geringe Menge trüben Serums; an der hinteren Fläche und am linken Rande des Herzens war

ein dünner Anflug von geronnenem, weichen, weissgelben Exsudat. Der linke Ventrikel war ziemlich geräumig; die Klappen waren nicht erkrankt, im Herzfleische keine Veränderung. Auf der Lungenpleura waren kleine Ecchymosen; die Lungen waren blutreich, in den oberen Lappen stark serös infiltrirt, sonst ohne krankhafte Veränderung. — Leber blutreich, von normalen Verhältnissen, die Schnittfläche gleichmässig braun gefärbt. — Die Milz schwach vergrössert, blass und weich, ohne sonstige Veränderung. — In beiden Nieren vereinzelte hämor rhagische Infarcte, zum Theil im Centrum mit Fibrinausscheidung; die Nieren waren dabei leicht geschwollen und blutreich. — Die Magenschleimhaut etwas geröthet und geschwollen. Die Schleimhaut des Kehlkopfs war etwas geschwollen und geröthet. — Bei der Untersuchung der linken Schulter zeigte sich das Schlüsselbein frei von Erkrankung; unterhalb des Acromion drang aus der Tiefe in der Nähe des Gelenkes etwas Eiter hervor, ohne dass man im Stande war, die Quelle genau aufzufinden, denn weder Periost, noch Gelenkkapsel, noch Gelenkoberfläche zeigten deutliche Spuren von Erkrankung, nur war ein Theil der Synovialmembran etwas blutig imbibirt. In der Vena axillaris war halbgeronnenes Blut. — An der Vereinigungsstelle des Musculus Psoas und iliacus internus der linken Seite, sowie unter dem letzteren am hinteren Theil der inneren Fläche des Darmbeins befand sich ein bis auf das Periost dringender Eiterheerd, welcher durch die Incisura ischiadica sich bis tief in die Muskeln erstreckte. — Auch hier keine Gerinnung in der Vene.

VIII.

Acute eitrige Entzündung zwischen den tiefen Brustmuskeln und in den Sehnenscheiden der Streckmuskeln des Vorderarms an der rechten Seite, sowie zwischen den Kehlkopfsmuskeln. — Tod am fünfzehnten Tage.

Ein 31jähriger Matrose von kräftigem Körperbau, wurde am 26. Januar 1863, am zehnten Tage seiner Erkrankung, aufgenommen. Die Krankheit hatte mit Frost und sonstigen Fiebererscheinungen, sowie mit Schmerzen im rechten Arme begonnen; gleichzeitig schmerzten die Rückenmuskeln. Er schlief die Nächte wenig und schwitzte stark; dabei war der Stuhlgang träge. Bei der Aufnahme war die Temperatur 31,6°, die Zahl der Pulsschläge 86, der Athemzüge 18 in der Minute; die Zunge war stark belegt, etwas trocken, der Leib von natürlicher Beschaffenheit. Auf der Brust hörte man ausser einigen Rasselgeräuschen nichts Abnormes. Die Herztöne waren rein. Der rechte Arm war bei activen und passiven Bewegungen schmerzhaft, desgleichen hatte der Kranke Schmerzen beim Umwenden des Körpers, ohne dass man am Arme oder dem Rücken eine besondere Veränderung wahrnahm. Die Temperatur

war am folgenden Tage des Morgens 31°, Abends 31,4°, die Zahl der Pulsschläge Morgens 96, Abends 92, der Athemzüge Morgens 18, Abends 12 in der Minute. Der Kranke hatte nicht geschlafen, klagte noch über dieselben Schmerzen und war so empfindlich gegen Berührung und Bewegung, dass die Untersuchung dadurch sehr behindert wurde. Gleichwohl zeigte sich keine merkliche Anschwellung. Der Stuhlgang war träge und erfolgte nur auf Klystiere. Der Zustand war in den nächsten Tagen wesentlich derselbe. Der Kranke schwitzte stark, es zeigte sich keine Schwellung der Gelenke, weder des Arms, noch anderer Theile. Ebensowenig ergab die Untersuchung der Brust und des Rückens, welche freilich wegen der grossen Schmerzhaftigkeit schwierig vorzunehmen war, einen deutlichen Anhaltspunct für die Diagnose. Am 28. Januar war die Temperatur Morgens 31,2°, Abends 31,6°, die Zahl der Pulsschläge Morgens 84, Abends 92, der Athemzüge Morgens 18, Abends 24 in der Minute. — Am 24., Temperatur Morgens 31,6°, Abends 31,8°, Puls Morgens 90, Abends 108, Respiration Morgens 30, Abends 28. — Am 28. war das Bewusstsein nicht ganz frei; der Kranke hatte in der Nacht phantasirt. Der Arm war etwas geschwollen, namentlich das Handgelenk, wo auch die Haut geröthet war, dabei war die Schmerzhaftigkeit etwas geringer. Die Anschwellung erstreckte sich bis zur Schulter und Achsel; der Leib war aufgetrieben. Die Temperatur war Morgens 32°, Abends 31,8°, der Puls machte Morgens 130, Abends 108 Schläge, die Zahl der Athemzüge war am Morgen 42, am Abend 30 in der Minute. Die Zunge war trocken und rissig. Die nächste Nacht delirirte der Kranke heftig. Die Prostration nahm immer mehr zu; die örtlichen Erscheinungen am Arme und der Schulter waren dieselben. Die Temperatur war am 31. Morgens 32,6°, die Zahl der Pulsschläge war 138, der Athemzüge 48. — Die Temperatur stieg im Laufe des Tages noch auf 33,6°. Abends erfolgte der Tod. — Die Untersuchung der Brust, soweit sie bei dem Kranken möglich war, hatte ausser allmählig vermehrten Rasselgeräuschen nie eine besondere Veränderung wahrnehmen lassen, ebensowenig hatten die Herztöne eine Abnormität gezeigt. Der Kranke hatte öfter gehustet, doch ohne besondere Heftigkeit; Schlingbeschwerden waren nicht bemerkt worden.

Section 17 Stunden nach dem Tode.

Haut und Muskeln von etwas dunkler Färbung. — An der inneren Fläche des Stirnbeins war der Knochen etwas verdickt und mit platten, warzenförmigen Osteophyten bedeckt. Die Arachnoidea war wenig getrübt, unter derselben war wenig Serum. Die pia Mater und die Hirnsubstanz waren nur mässig blutreich, die Ventrikel enthielten wenig Wasser. — Die rechte Lunge war an ihrer hinteren Fläche durch einzelne Zellgewebsstränge mit der Rippenpleura verbunden. In der Pleurahöhle war kein Erguss. An der Lungenbasis befanden sich unter der Pleura einzelne kleine Ecchymosen. Das Lungengewebe war hier in

geringer Ausdehnung etwas verdichtet. In der Tiefe des Gewebes fanden sich inselförmig zerstreute, unregelmässig umschriebene, theils dunkelrothe, theils gelbrothe Verdichtungen mit körniger Schnittfläche. In den kleinen Bronchialverzweigungen war dicker, eitriger Schleim. An der hinteren Fläche war die Lunge serös infiltrirt. Die linke Lunge zeigte sich ähnlich verändert. In beiden Lungen fanden sich jedoch keine embolischen Heerde. — Im Herzbeutel war wenig blutiggefärbtes Serum. (Die Leiche zeigte schon Fäulnissspuren.) Auf der hinteren Fläche des linken Ventrikels fanden sich einige Ecchymosen. Das Herz zeigte in seinen Dimensionen keine Veränderung. Die Höhlen waren leer, das Endocardium war durch Imbibition geröthet, die Klappen waren nicht erkrankt. — Die Leber war blass, in ihrer Structur nicht verändert. — Die etwas vergrösserte und weiche Milz enthielt mehrere, in ihrer Mitte erweichte keilförmige Fibrinablagerungen. — Die Nieren waren mässig geschwollen, namentlich die mit trüber Flüssigkeit infiltrirte Rindensubtanz; in der Marksubstanz zeigten sich mehrere rundliche und streifige gelbe Fibrinablagerungen; welche zum Theil deutlich mit Gefässästen zusammenhingen. — Der Magen und Darmcanal waren ohne wesentliche Veränderung. Unterhalb des Musculus pectoralis major war das Zellgewebe der Brustwand theils injicirt, theils eitrig infiltrirt, theils necrotisch zerfallen; dieser Process erstreckte sich in die Achselhöhle längs der grossen Blutgefässe, zwischen und unter die nahegelegenen Intercostalmuskeln und unterhalb des Musculus subclavius auf die äussere Fläche der rechten Pleura bis unterhalb der Clavicula. — Die Vena subclavia enthielt flüssiges Blut, kein Gerinnsel, ebenso die jugularis interna. An der Stelle ihres Zusammentritts befand sich ein Blut- und Faserstoffgerinnsel, welches sich im oberen Theil der Vena cava superior als flaches, das Lumen nicht ausfüllendes Gerinnsel bis zum Eintritt der Vena azygos fortsetzte. — Im Zellgewebe des Halses zeigte sich keine eitrige Infiltration, dagegen zwischen und unter den Kehlkopfsmuskeln rechter und linker Seite, namentlich auf den Schildknorpeln und zwischen Kehlkopf und Zungenbein war das Zellgewebe entzündet und mit Eiter getränkt. Die Knorpel waren nicht necrotisch. An der Schleimhaut des Kehlkopfes war keine Veränderung zu bemerken. — Das Zellgewebe auf dem Handrücken war mit gelblichem Wasser infiltrirt; in der Scheide der Fingerstrecksehnen und der des Musculus extensor Carpi radialis war eine eitrige Flüssigkeit. — Das Zellgewebe an der linken Brusthälfte war nicht erkrankt, ebensowenig zeigte sich an anderen Gelenken, Knochen oder Sehnenscheiden eine Erkrankung.

Die an der Leiche gefundene Zellgewebsnecrose gab sich im Leben nur durch geringe Schwellung kund. Der Kranke war hinsichtlich der Diagnose öfter Gegenstand der Untersuchung und

Besprechung. Der ganze Verlauf musste auf einen tiefliegenden Eiterheerd am oberen Theil der Brustwand deuten, doch kam man zu keiner bestimmten Diagnose. Die Eiterung an der äusseren Fläche des Kehlkopfes war jedoch ein ganz unerwarteter Befund.

IX.

Acute eitrige Entzündung zwischen den tiefen Brustmuskeln der rechten Seite. — Tod ungefähr am sechszehnten Tage.

Am 1. April 1862 wurde ein 23jähriger Matrose aufgenommen. Er war erst wenige Tage unwohl uud klagte besonders über Schmerz in der rechten Achselhöhle und beim Heben des rechten Arms, gleichzeitig über Schmerzen in der Brust und Husten. Der Appetit fehlte, der Kranke hatte Durchfall, zugleich war heftiges Fieber zugegen; die Temperatur am Abend der Aufnahme ist nicht notirt. In der Achselhöhle fühlte man einige mässig angeschwollene Drüsen, deren Berührung schmerzhaft war, jedoch keine Härte oder Fluctuation der Umgebung. Auf der hinteren Fläche des Brustkorbes war in den unteren Theilen beiderseits der Percussionsschall ganz leer, weiter nach oben nur gedämpft, man hörte hier bronchiales Athmen und Rasselgeräusche; auf der vorderen Fläche wurde keine Veränderung bemerkt. Die Temperatur war am nächsten Tage Morgens 31,4°, Abends 32°. Der Zustand war sonst ganz derselbe, auch in der Achselhöhle war keine Zunahme der Entzündung zu bemerken; der Durchfall bestand auch noch. Am 3. war der Schmerz im Arm und der Achsel geringer, die Erscheinungen der beiderseitigen Pleuritis hatten sich nicht verändert. Temperatur Morgens 31,2°, Abends 32,3°. Der Puls schwankte zwischen 80 und 90 Sehlägen. Am 4. war in der Achsel wenig Anschwellung zu bemerken, auch konnte man die Drüsen nicht mehr deutlich fühlen. Die Temperatur war Morgens 30°, Abends 32,1°; die übrigen Symptome waren ziemlich unverändert. Am 5. war die Temperatur Morgens 31°, Abends 32°, der Puls erhob sich nicht über 90 Schläge. In der Achselhöhle bemerkte man nur eine nicht bedeutende teigichte Anschwellung. Der Husten war mässig; die physicalischen Erscheinungen der Pleuritis waren nicht verändert. Am 6. zeigte sich auf der Brust eine ziemlich ausgebreitete Roseolaeruption. Das Fieber, wie die übrigen Symptome zeigten sowohl an diesem, als am folgenden Tage keine Veränderung. Der Durchfall dauerte hartnäckig fort. Am 8. war das Fieber heftiger, die Temperatur war Morgens 32,2°, Abends 32,3° der Puls war dagegen nicht frequenter, in den übrigen Symptomen war im Wesentlichen nichts verändert, auch war keine Zunahme der nicht ausgedehnten teigichten Anschwellung in der Achselhöhle zu bemerken. Am 9. war die Temperatur Morgens wieder auf 31,3° gesunken, stieg aber Abends auf 32,4°, die

Pulsfrequenz stieg am Abend zuerst auf 104 Schläge. Am 10. erschien der Kranke ziemlich collabirt, hatte lebhaftes Angstgefühl; der Puls machte nur 92 Schläge in der Minute, die Temperatur war Morgens 31,2°, des Abends 32,2°. Die Erscheinungen des pleuritischen Exsudats waren hinten nicht wesentlich verändert. Ueber dem Herzen hörte man Reibungsgeräusch, doch war die Herzdämpfung nicht vergrössert. Der Husten war nicht stark; der Durchfall war durch Amylumklystiere sistirt. Am 11. war die Temperatur am Morgen auf 30,2° gesunken, der Puls machte 88 Schläge; das Reibungsgeräusch am Herzen war nicht mehr vorhanden. Der Kranke war übrigens noch ebenso collabirt. Abends hob sich die Temperatur auf 31,8°, die Pulsfrequenz stieg auf 96 Schläge. An der vorderen Brusthälfte war keine Dämpfung, die Geschwulst der Achsel war unbedeutend. Am 12. wurde der Kranke plötzlich sehr beengt, athmete beschwerlich mit starker Bewegung der Nasenflügel. Das pleuritische Exsudat zeigte sich hinten auf der linken Seite vermehrt, vorn war lautes Athmungsgeräusch, sonst keine Veränderung. Die Roseola war verschwunden. Die Temperatur am Morgen 31,2°, der Puls machte 92 Schläge; Abends stieg die Temperatur auf 32,2°, die Pulsfrequenz auf 104 Schläge. Die Beengung hatte nachgelassen. Der Kranke zeigte nun Trübung des Bewusstseins und delirirte in der Nacht. Am 13. fühlte er sich ganz wohl, der Puls war klein, von 116 Schlägen. Die Zahl der Athemzüge war 36, die Morgentemperatur 30,8°. Abends stieg die Temperatur auf 32°, die Pulsfrequenz auf 124 Schläge. Am Abend trat wieder ein Beklemmungsanfall ein, welcher durch Schröpfköpfe erleichtert wurde. Nach einem verhätnissmässig ruhigen Zustande verschied der Kranke am 14. früh des Morgens.

Section 8 Stunden nach dem Tode.

Körper noch ziemlich gut genährt, Haut und Muskeln von dunkler Farbe. — Befund der Schädelhöhle ohne Bedeutung. — Am rechten oberen Theile der Brustwand war das Zellgewebe eitrig infiltrirt und theilweise zerfallen, doch war nirgends ein eigentlicher Abscess. Die Eiterinfiltration war nach oben und vorn durch den Musculus pectoralis minor begrenzt und ging im zweiten Intercostalraum auf die äussere Fläche der Pleura über, ohne diese zu durchbohren. Die innere Fläche der Pleura war hier mit einer weichen Exsudatschicht überzogen, die Lunge war an dieser Stelle verklebt. In beiden Pleurasäcken war ein reichliches, flüssiges, gelbes, trübes Exsudat mit weichen Gerinnseln, links noch reichlicher als rechts. Die unteren Lungenlappen waren comprimirt, das Gewebe war beiderseits sonst nicht verändert, nur im linken unteren Lappen befand sich ein keilförmiger Fibrininfarct mit Fibrinpfröpfen in den benachbarten Lungenarterienästen. — Im Herzbeutel war eine geringe Menge einer trüben, braungelben Flüssigkeit. Das Zellgewebe am Ursprunge der grossen Gefässe war blutreich; auf dem

Herzen waren einige Ecchymosen. Das Herz zeigte keine Veränderung, enthielt links flüssiges und halbgeronnenes Blut, rechts durchscheinende Faserstoffgerinnsel. In der Vena jugularis dextra und der Cava superior ein nicht obturirendes, cadaveröses Gerinnsel. Keine Verpfropfungen der Gefässe in der Nähe der Eiterinfiltration. Die Leber war mässig blutreich, ohne Structurveränderung. Die Milz war bedeutend vergrössert, ihre Oberfläche war von einer dünnen weichen Exsudatschicht bedeckt, ihre Pulpe schmutzigroth, weich, mit eingesprengten dunklen Stellen. — Die Nieren blutreich, sonst nicht verändert. — Die Magenschleimhaut war ohne wesentliche Abweichung, der Dünndarm ebenfalls nicht krank; im Coecum und dem Anfangstheil des Colon adscendens befanden sich einige unregelmässig umschriebene Schleimhautgeschwüre. Die Schleimhaut war mit polypösen Wucherungen und graupengrossen, geschwollenen, hervorragenden Follikeln bedeckt. Der übrige Dickdarm war normal.

Dieser Fall wäre nach Wunderlich's Vorgange als Peripleuritis zu bezeichnen. Hierdurch würde indessen in diesem Falle nicht das wesentlichste Moment der Krankheit ausgedrückt sein, wenngleich auch aus dieser Krankheitsgeschichte deutlich hervorgeht, welche Bedeutung die Nachbarschaft der Pleura für solche Fälle hat. Die Entzündungsheerde in der Gefässscheide der Achselgefässe, wo diese durch den grossen Brustmuskel gedeckt sind, liegen sehr unzugänglich für die manuelle Untersuchung und haben nicht selten bei der künstlichen Eröffnung einen bei weitem grösseren Umfang, als man annehmen zu können glaubte. Noch mehr ist dies der Fall, wenn, wie bei den Fällen von Peripleuritis, das Exsudat einen leichteren Ausweg nach der Tiefe, als nach Aussen hat. In dem vorstehenden Falle wurden daher mit zunehmender Krankheit die äusseren Symptome der Zellgewebsentzündung immer undeutlicher.

X.

Acute eitrige Entzündung im Musculus glutaeus minimus dexter. — Tod am sechsten Tage.

Ein 27jähriger Tischlergesell bekam am 6. August 1851 plötzlich heftigen Schmerz in dem rechten Beine, von der Hüfte bis zum Fusse, welcher bei Bewegung vermehrt wurde. Es gesellte sich Fieber hinzu und der Kranke liess sich am nächsten Tage ins Krankenhaus aufnehmen. Er fieberte sehr lebhaft, hatte einen Puls von 120 Schlägen in der Minute und schwitzte stark; die Zunge war weisslich belegt. Die Bewegung des Beins erregte starke Schmerzen, sowohl an der Hüfte,

als im ganzen Beine bis zum Fusse. Eine örtliche Blutentziehung hatte keinen Einfluss auf den Schmerz, das Fieber blieb in gleicher Heftigkeit. Am 9. war das Bewusstsein etwas benommen, der Kopf schwer, die Zunge hatte sich am Rande geröthet, der Leib war aufgetrieben, die Coecalgegend schmerzte beim Druck, die Oeffnung war dünn, der Schmerz im Beine war unverändert. In der Nacht delirirte der Kranke heftig, verliess mehrmals das Bett und fiel im Saale nieder. Gegen Morgen ward er ruhiger, war aber mehr betäubt. Das Fieber war beständig lebhaft, der Leib war aufgetrieben und gespannt, die Oeffnung dünn, aber nicht häufig. Der Schmerz im Beine hatte nachgelassen. Am 11., Vormittags, starb er.

Section 26 Stunden nach dem Tode.

Körper gross und kräftig; die Muskeln von braunrother Farbe. Die Fäulniss war schon ziemlich vorgeschritten. — Beide Lungen waren durch Zellgewebsstränge locker mit der Rippenpleura verwachsen. An der Spitze der linken Lunge war eine nicht umfängliche Verdichtung und schwarzgraue Färbung des Gewebes mit einer kreidigen Substanz in der Mitte. Beide Lungen waren blutreich, an den abhängigen Stellen etwas mit Serum infiltrirt; in beiden, vorzüglich der rechten, befanden sich mehrere keilförmige, peripherisch gelagerte Blutinfarcte mit gelblichem Faserstoff im Centrum. Ueber denselben war die Lungenpleura geröthet und mit einer dünnen Exsudatschicht bedeckt. Am Herzen liess sich ausser der cadaverösen Imbibition durchaus nichts Krankhaftes entdecken. — Die Leber war blass, die Milz nicht vergrössert, sehr weich, rothbraun. — Die Nieren enthielten keine Infarcte, waren aber sehr von Fäulniss ergriffen. Am Darmcanal fand sich keine Erkrankung, namentlich auch nicht im Ileum. — Die Muskeln des rechten Schenkels und der Hüfte ganz gesund, nur im Glutaeus minimus befanden sich eine Menge ganz kleiner, zum Theil nur stecknadelkopfgrosser Abscesse, von einem rothen Saume umgeben. Sie lagen unmittelbar auf dem Periost, ohne dass dieses oder der Knochen erkrankt war.

XI.

Tiefliegende Entzündungsheerde im linken Musculus sternocleidomastoideus. — Tod am einundzwanzigsten Tage.

Ein 21jähriges Dienstmädchen erkältete sich im Anfange des Monats Juni 1852 beim Waschen und erkrankte in Folge hiervon mit Fiebererscheinungen und Schmerzen im Hinterkopfe und dem Nacken; sie hatte gleichzeitig Schlingbeschwerden und Druck in der Herzgrube. Nach einem Brechmittel erfolgten starke Entleerungen, doch keine Erleichterung der Beschwerden. Nach etwa achttägiger Dauer der Krankheit

wurde sie am 11. Juni ins Krankenhaus aufgenommen. Die Haut der linken Seite des Halses und Nackens war etwas geröthet und beim Druck empfindlich, doch nur wenig geschwollen, die Bewegung des Kopfes und Halses war schmerzhaft, das Schlingen war ebenfalls beschwerlich. Die Zunge war gelblich belegt, an den Rändern und der Spitze geröthet, der Stuhlgang erfolgte regelmässig, der Appetit fehlte ganz, der Durst war stark, die Haut war heiss und schwitzend, der Puls beschleunigt. Der Harn war trübe und dunkel. In den nächsten Tagen nahmen, nach einer örtlichen Blutentziehung, alle Beschwerden und namentlich auch das Fieber ab, welches indessen nicht ganz schwand. Die Kranke konnte namentlich ziemlich gut schlingen und Hals und Kopf freier bewegen. Die Zunge blieb schmutzig belegt, vorn geröthet, der Durst war noch etwas vermehrt, der Appetit besser, aber doch nur gering; die Röthe des Halses schwand ebenfalls. Am 19. stellten sich unerwartet wieder heftige Schmerzen im Nacken ein; die Kranke konnte den Kopf nicht drehen und hielt ihn stark nach links gebeugt. Die Schmerzen erstreckten sich noch in den linken Arm, das Schlingen war wieder erschwert, der Druck auf die Muskeln des Halses und auf die Halswirbel war sehr empfindlich; Veränderungen an den Wirbeln waren ebensowenig vorhanden, als Lähmungserscheinungen. Das Fieber war wieder stärker geworden. Es wurde von Neuem eine Blutentziehung am Nacken gemacht, doch diesmal ohne Erfolg; etwas mehr Erleichterung schaffte ein am folgenden Tage in den Nacken gelegtes Vesicator. Doch war die Erleichterung im Ganzen nur gering, namentlich dauerte das ziemlich starke Fieber fort und verband sich mit öfterem Frösteln, welches namentlich Nachmittags eintrat. Der Schmerz war bald mehr im Nacken, bald mehr in der Schulter oder zwischen den Schulterblättern, dem entsprechend waren auch die Bewegungen der Muskeln dieser Gegenden bald freier, bald mehr behindert; das Schlingen war fast beständig schmerzhaft, auch konnte der Mund nur wenig geöffnet werden. Am 24. klagte die Kranke über Engbrüstigkeit und Schmerz im oberen Theil der linken Brusthälfte und athmete oberflächlich und schnell. Es war keine Percussionsanomalie vorhanden, das Athmungsgeräusch erschien hier verschärft; die Pulsfrequenz war gesteigert. Nach 6 Schröpfköpfen liess der Schmerz in der Brust nach, doch blieb das kurze beschleunigte Athmen, sowie die starke Pulsfrequenz. Die Kranke schwitzte stark. Am 26. fühlte sich die Kranke im Gegensatz zu ihrem Zustande besonders wohl, hatte keine Schmerzen im Nacken und Arm, konnte den Hals auch besser bewegen; obwohl sie nicht mehr beengt zu sein angab und ohne Beschwerden tief einathmen konnte, athmete sie doch beständig sehr kurz und schnell; der kleine Puls machte 152 Schläge. Im Laufe des Tages ward das Bewusstsein immer mehr getrübt und am Abend erfolgte der Tod.

Section 17 Stunden nach dem Tode.

Arachnoidea leicht weisslich getrübt und serös unterlaufen; die pia Mater und die Hirnsubstanz ziemlich blutreich, in den Ventrikeln wenig Serum. — Beide Lungen ganz frei beweglich, sehr stark serös infiltrirt. Am oberen Theil des linken unteren Lappens, am inneren Rande und im rechten mittleren und unteren Lappen mehrere kleine, erbsen- und haselnussgrosse Abscesse und keilförmige Infarcte. — Im Herzbeutel ziemlich viel Serum; das Herz klein, schlaff, wenig dünnflüssiges Blut enthaltend; der Herzbeutel, das Endocardium und die Klappen ohne Veränderung. — Die Leber war mit dem Zwerchfell, dem Magen nnd dem Colon fest verwachsen, gross, blutleer und weich. — Die sehr vergrösserte, braunrothe Milz zerfloss beim Einschneiden zu einem chocoladefarbigen Brei. — Die Nieren waren von gewöhnlicher Grösse, ziemlich blutreich, sonst ohne Veränderung. Die Magen- und Darmschleimhaut hie und da hell geröthet, an anderen Stellen stärker injicirt, doch ohne sonstige Veränderung. — Die inneren Genitalien gesund.

Die Weichtheile des Halses an der linken Seite etwas angeschwollen und fest anzufühlen. Die Hals- und oberen Rückenwirbel vollkommen gesund, ebenso die sämmtlichen Muskeln des Halses mit Ausnahme des oberen Theils des linken Sternocleidomastoideus, in welchem, dicht unter seinem Ursprung am Schädel, sich eine kleine, kaum haselnussgrosse, dunkelrothe Stelle befand, in welcher man eine grosse Zahl stecknadelkopfgrosser Abscesse bemerkte.

Die Diagnose bietet in diesen und ähnlichen Fällen mitunter grosse Schwierigkeiten. Oft wird ärztliche Hülfe erst nachgesucht, wenn das heftige Allgemeinleiden eingetreten ist, das örtliche Leiden wird von dem Kranken weniger beachtet und tritt jedenfalls nicht besonders hervor, so dass man Gefahr läuft, es ganz zu übersehen oder zu verkennen. Aber auch in den Fällen, wo der Arzt den Zustand im Allgemeinen richtig auffasst, ist es nicht leicht, den vermutheten Entzündungsheerd genau zu localisiren. Selbst an ganz oberflächlich gelegenen Theilen, wie an der Clavicula oder der Tibia, entsteht erst nach Verlauf mehrerer Tage eine stärkere Anschwellung und noch später erst Fluctuation. In den rapide verlaufenden Fällen erfolgt aber entweder schon früher der Tod oder der Zustand ist doch schon ganz hoffnungslos, wenn man zur sicheren Diagnose gelangt ist. Liegt der Entzündungsheerd aber tiefer, so ist seine Erkennung noch schwieriger. Der Kranke hat bei seinem lebhaften Fieber starke Gliederschmerzen und ist fast überall gegen Berührung oder Druck empfindlich, so dass man über den Sitz des Localleidens leicht getäuscht werden kann. Verräth sich dasselbe auch durch

eine geringe Anschwellung, so ist diese doch mitunter so undeutlich ausgesprochen und so wenig begrenzt, dass man selbst bei öfterer und genauerer Untersuchung nicht über die Natur derselben zu einer bestimmten Ansicht kommt. Es ist keineswegs ungewöhnlich, dass in einem solchen Falle zwischen den Aerzten, welche gleichzeitig untersuchen, eine Meinungsverschiedenheit herrscht. Eine solche Anschwellung ist auch zu verschiedenen Zeiten deutlicher und weniger deutlich. Dies findet selbst an solchen Gegenden statt, welche der Untersuchung ziemlich zugänglich sind, wie z. B. in der Achselhöhle. Noch vor Kurzem konnte ich dies in einem Falle beobachten, wo in Folge einer kleinen Stichwunde an einem Finger eine Lymphgefässentzündung mit Schmerz in der Achselhöhle und heftigem Fieber eintrat. Das fortdauernde Fieber und der Schmerz wiesen deutlich auf Eiterbildung in der Achselhöhle hin, durch die Palpation war aber ausser einer ganz undeutlichen Anschwellung nichts zu entdecken, obwohl beständig untersucht wurde; erst nach 3 Wochen zeigte sich ganz in der Tiefe eine festere Geschwulst und undeutliche Fluctuation. Beim Einschnitt war noch eine sehr beträchtliche Schicht von Fettzellgewebe über dem Eiterheerde, dessen tiefste Schichten, um den Hautschnitt nicht zu sehr zu verlängern, mit der Sonde getrennt werden mussten, gleichwohl entleerte sich eine sehr beträchtliche Menge Eiter in starkem Strahle. In diesem Falle war die Aufmerksamkeit auf den Eiterheerd von Anfang an gerichtet gewesen, derselbe hatte sich aber offenbar anfangs im Centrum einer Lymphdrüse in der Nähe der grossen Gefässe ziemlich hoch oben gebildet und erst später dieselbe durchbrochen und sich im Zellgewebe verbreitet. Die Vereiterung des Zellgewebes zwischen tiefliegenden Muskeln und in der Nähe der Knochen erzeugt nicht immer umschriebene Abscesse mit gespannten Wandungen, sie kann auch, wie bei der Periplouritis, eine Senkung nach einer der Palpation nicht zugänglichen Gegend veranlassen. In solchen Fällen ist es sehr schwer, ja oft unmöglich, den Heerd anders, als durch Aufsuchen mit dem Messer zu finden. Tiefliegende Abscesse der Lumbargegend kann man nicht selten aus dem fixen Schmerze, der Bewegungsstörung und dem fortdauernden Fieber mit ziemlicher Sicherheit voraussetzen, während man erst nach längerer Zeit die Geschwulst und Fluctuation nachweisen kann. Ich beobachtete im Jahre 1863 einen Fall, wo die Symptome eines Lumbarabscesses längere Zeit vorhanden waren, wo aber über eine tiefliegende

Fluctuation zwischen den untersuchenden Aerzten Zweifel bestanden und deshalb der Einschnitt verschoben wurde; die Erscheinungen verloren sich allmählich vollkommen und der Kranke wurde ganz von seinen Beschwerden befreit. Diese Schwierigkeiten der Diagnose sind um so unangenehmer, je mehr der heftige Grad des Fiebers an die Nothwendigkeit mahnt, bald zu einer entschiedenen Ansicht zu kommen. Die Art des Allgemeinleidens, namentlich die hohe Temperatur, kann beim Mangel anderer nachweisbarer Ursachen wohl den Arzt auf die Vermuthung eines tiefliegenden Entzündungsheerdes führen, doch sind Verwechslungen mit anderen fieberhaften Zuständen ohne nachweisbare Localisation und mit heftigen Schmerzen immer möglich. Unter den Krankheiten, welche in solchen Fällen zur Verwechslung Anlass geben können, ist auch die Trichineninfection zu erwähnen. In dem von mir im April 1863 beobachteten Falle war ein starkes continuirliches Fieber mit einer vier Tage lang anhaltenden Temperatur von über 32 ° neben heftigen Schmerzen, namentlich in den unteren Extremitäten vorhanden, wobei die Schmerzen sich auf Druck vermehrten. Bei der in manchen Fällen nur undeutlichen Anschwellung an der Stelle des eigentlichen Entzündungsheerdes kann man um so leichter zu einer irrthümlichen Diagnose kommen, als bei heftigem Fieber und bei Trübung des Bewusst seins des Kranken die Berührung anderer Körperstellen oft mehr schmerzt, als die wirklich erkrankte Gegend. Die Anamnese lässt den Arzt auch häufig im Stich und erst nach der Aufklärung durch die Autopsie gelingt es ihm, nachträglich die ursächliche Veranlassung auszumitteln.

Wenn nun aber auch die Schwierigkeiten der Diagnose noch zu rechter Zeit beseitigt sind, so ist die Frage von der Behandlung keineswegs so einfach, wie dies bis vor Kurzem ziemlich allgemein angenommen wurde. Die ersten Autoritäten waren darüber einig, dass ein Einschnitt bis auf den Entzündungsheerd sogleich gemacht werden müsse, denn nur durch frühzeitige Eröffnung des Abscesses könne die drohende Lebensgefahr abgewendet werden. Diese Ansicht scheint auch ganz naturgemäss aus der Natur der anfangs ganz örtlichen Erkrankung hervorzugehen. Bei näherer Betrachtung findet man aber doch einige Bedenken für die absolute Gültigkeit dieser Verfahrungsweise. Demme in seiner Arbeit über Osteomyelitis spontanea diffusa (Langenbeck's Archiv Bd. 3, p. 25), erhebt sich mit Entschieden-

heit gegen die frühzeitigen Einschnitte bis auf den Knochen und will dieselben erst angewandt wissen, wenn die Krankheit in einen mehr stationären Verlauf eingetreten ist. Die von ihm für diesen Satz aufgestellten Gründe sind nur theilweise auf die tiefliegenden Entzündungsheerde im Allgemeinen anwendbar. Zu beachten ist aber die von ihm gemachte und näher nachgewiesene Erfahrung, dass die Fälle, in denen während des lebhaften Reactionsfiebers eine ergiebige Spaltung der Weichtheile vorgenommen wurde, meistens ungünstig verlaufen. Die Frage ist jedenfalls nicht als abgeschlossen zu betrachten und ist überhaupt wohl nicht in allgemeiner Weise zu erledigen, sondern es wird hier wesentlich die Eigenthümlichkeit des einzelnen Falles in Betracht kommen. Von besonderer Wichtigkeit scheint mir die Bemerkung Demme's, dass tiefe und grosse Incisionen, wie sie hier oft nöthig sind, als sehr bedeutende Eingriffe angesehen werden müssen, deren Vornahme man, ähnlich, wie die Amputationen, während des heftigen Entzündungs- und Fieberstadiums möglichst vermeiden müsse. Auf der anderen Seite kann man es täglich beobachten, wie wohlthätig Incisionen gerade in Bezug auf die eine Entzündung begleitenden Fiebererscheinungen wirken, so dass hier ein schwer zu lösender Zwiespalt entsteht. Die Sache scheint mir so zu liegen, dass im Allgemeinen eine frühzeitige Eröffnung des tiefliegenden Eiterheerdes als wünschenswerth und nothwendig zu betrachten ist, dass man aber in manchen besonderen Fällen durch eine eingreifende Incision nichts mehr nützen, wohl aber das Ende des Kranken beschleunigen kann. Ich erinnere hier an den Carbunkel, bei dem es ebenfalls als Regel gilt, tiefe Einschnitte durch die ganze Geschwulst bis in die gesunde Umgebung zu machen. Hier kann man nicht selten die Erfahrung machen, dass bei grosser Ausdehnung des Uebels und bei heftigem Allgemeinleiden auf die grosse Incision sogleich ein bedeutender Collapsus eintritt und der Tod schneller erfolgt, als vorher zu erwarten war. Es handelt sich hier natürlich nur um grosse, über die Grenze der Entzündung hinausgehende Einschnitte, nicht um kleinere Incisionen, welche dem angesammelten Eiter Ausfluss verschaffen. Letztere wirken wohl immer wohlthätig, oder doch erleichternd. Man wird daher bei vorhandener, einigermassen deutlicher Fluctuation stets berechtigt und verpflichtet sein, einen Einschnitt oder Einstich zu machen, anders verhält es sich aber, wenn man durch einen solchen Eingriff den Process aufhalten will, noch ehe man den Eiterheerd deutlich wahrgenommen hat.

Bei noch nicht zu bedenklichem Allgemeinleiden wird der Einschnitt in einen solchen Entzündungsheerd, wie dies auch die Erfahrung lehrt, wohl meist günstig wirken, wenn man den Heerd sicher und ohne zu bedeutende Verletzung treffen kann. Hier begegnet man in einzelnen Fällen aber manchen Schwierigkeiten. Der Eiterheerd kann sehr klein sein und wird von der Incision nicht getroffen. Dies ereignet sich mitunter bei verhältnissmässig oberflächlichen Heerden, sogar bei Panaritien und bei der Parulis. Bei einem jungen Mädchen beobachtete ich in der Reconvalescenz von Abdominaltyphus einen ähnlichen Fall. Es entstand ein heftiger Schmerz am oberen Dritttheile der einen Tibia mit Hautröthe und geringer Anschwellung. Die Erscheinungen sprachen deutlich für Periostitis und es ward sogleich der Einschnitt bis durch das Periost gemacht; es entleerte sich kein Eiter und entstand keine Erleichterung. Erst zwei Tage später zeigte sich ganz nahe an der Incision eine kleine fluctuirende Stelle, welche eröffnet wurde und Eiter entleerte. Später exfoliirte sich eine kleine Knochenlamelle. In einem anderen Falle, bei einem Knaben, machte ich bei einer acuten Periostitis des oberen Theils des Humerus in den stark teigicht angeschwollenen Arm einen sehr tiefen Einschnitt, ohne den Eiterheerd zu treffen und ohne den tödtlichen Ausgang abzuwenden. Aehnlich ging es mir bei einer tiefliegenden Zellgewebsentzündung am Thorax. Der Einschnitt ist in solchen Fällen, wo man den Eiterheerd nicht trifft, durchaus nicht erleichternd oder in anderer Weise günstig. Die Eröffnung des Eiterheerdes selbst wirkt auch nicht immer sogleich auffallend günstig. Bei einem jungen Menschen beobachtete ich deutliche Symptome einer Zellgewebsentzündung des oberen seitlichen Theils der rechten Brustwand. Als am Tage nach meiner ersten Untersuchung sich eine ziemlich starke ödematöse Anschwellung oberhalb der Clavicula ausgebildet hatte, glaubte ich mit der Eröffnung des offenbar vorhandenen Eiterheerdes nicht zögern zu dürfen. Als aber die Clavicula freigelegt war und nicht krank befunden wurde, und das Zellgewebe oberhalb derselben bis zur tiefen Halsfascie getrennt war, ohne den Eiterheerd zu finden, wagte ich hier nicht tiefer einzudringen, machte dagegen am Rande des Musculus pectoralis major einen Einschnitt und drang von hier aufwärts in das Zellgewebe ein. In grosser Tiefe erst wurde endlich ein kleiner Eiterheerd gefunden, der allem Anscheine nach von einer kleinen Lymphdrüse in der Nähe der Axillargefässe ausgegangen

war. Eine Erleichterung des Kranken war, obwohl der Fall später günstig verlief, keineswegs nach der Operation zu bemerken; das Fieber dauerte noch mehrere Tage fort. Diese Unsicherheit, den eigentlichen Sitz der Entzündung zu finden, macht einen operativen Eingriff besonders bedenklich, wenn man den Heerd in sehr tief gelegenen Theilen suchen muss, wie z. B. an der Hüfte oder dem Oberschenkel, da man, im Falle man den Heerd nicht trifft, den Zustand des Kranken entschieden verschlechtert. Demme hat in solchen Fällen, namentlich bei schwerem Allgemeinleiden, als Regel aufgestellt, man solle suchen, den Process zu localisiren, bevor man zur Eröffnung schreite. Die Mittel zu diesem Zwecke können gegen das Fieber und gegen den Localprocess gerichtet sein, um ersteres zu vermindern und um das Weiterausbreiten des örtlichen Processes zu beschränken. Ich kann mich keiner günstigen, eigenen Erfahrung in dieser Beziehung rühmen. Die inneren Mittel zur Herabsetzung der Temperatur und der Pulsfrequenz verdienen wenig Vertrauen. Am meisten verspricht noch die wiederholte allgemeine Wärmeentziehung durch nasskalte Einwicklung und Bäder, doch glaube ich, dass man nur durch fortgesetzten Gebrauch der feuchten Kälte etwas erreichen kann, denn ein beschränkterer oder seltenerer Gebrauch, etwa zweimal täglich, hat nur eine schnell vorübergehende Wirkung. Leider erfordert diese Behandlungsweise Zeit, Raum und ausreichendes Wärterpersonal, welche Bedingungen häufig genug nicht vorhanden sind. Ueber die allgemeinen Blutentziehungen hat man jetzt fast überall den Stab gebrochen, sie helfen nicht dauernd und schaden dagegen durch Säfteverlust. Von den örtlichen Mitteln erweist sich die Blutentziehung als unzureichend; mehr ist von den anhaltenden Gebrauch der Kälte zu erwarten, doch entspricht dies Mittel nicht immer den Hoffnungen, welche man vielfach auf dasselbe, rücksichtlich der Schmerzlinderung und der Ermässigung der Entzündung setzt. Demme empfiehlt dringend das Bestreichen mit einer starken Jodtinctur (60—65 gr. auf 1 Uz. absoluten Alcohol). Diese soll bis zur intensiven, bläulich-schwarzen Färbung aufgestrichen werden und zwar über die Grenzen des Krankheitsheerdes hinaus. Billroth giebt in seiner allgemeinen Chirurgie an, dass er sich dieses von Demme empfohlenen Mittels in Fällen von acuter Periostitis mit Erfolg bedient habe. Es verdient dasselbe daher um so mehr in diesen Fällen angewendet zu werden, je weniger eine nachtheilige Wirkung mit ihm verbunden ist.

Demme nennt die Wirkung dieses Mittels eine antiplogistische, ohne die Art und Weise derselben näher zu erörtern. Eine theoretische Erklärung der Wirkung ist bei dem gegenwärtigen Zustande unserer Kenntnisse auch wohl nicht möglich; abgesehen aber von schon vorhandenen Erfahrungen spricht auch die günstige Wirkung analoger Mittel, welche bei tiefliegenden Entzündungsheerden auf die Haut angewendet werden, zu Gunsten der Jodtinctur. Man kann in dieser Hinsicht auf die günstige Wirkung der Bestreichung mit Höllenstein erinnern. Dieses letztere Mittel, richtig angewandt, hat ebenfalls in vielen Fällen die wohlthätige Eigenschaft, der weiteren Ausbreitung eines Entzündungsheerdes Schranken zu setzen, natürlich um so mehr, je oberflächlicher derselbe liegt. Ich habe bis jetzt nur einmal in einem Falle von Diphtheritis unter ungünstigen Umständen eine Pinselung der Haut mit der von Demme empfohlenen starken Jodtinctur vorgenommen, dabei überzeugte ich mich, dass die intensive, bläulich-schwarze Färbung erst durch anhaltendes Pinseln erreicht wird; es wird hier daher nothwendig sein, dass der Arzt die Pinselung selbst vornimmt oder wenigstens überwacht. Demme empfiehlt ausserdem die Untersuchung und subcutane Entleerung des Heerdes mittels eines Explorativ-Troicarts. Die Anwendung dieses Mittels ist jedoch natürlich nur an bestimmten Körpergegenden zulässig und wird nur da für die Diagnose und den Verlauf von Bedeutung sein können, wo eine grössere und fest umschlossene Eiteransammlung vorhanden ist, weil sonst die Möglichkeit vorhanden ist, dass man den Heerd mit dem Troicart verfehlt oder der Eiter nicht aus der Röhre abfliesst.

Einige Fälle von protrahirter Meningitis cerebralis mit Hydrops ventriculorum.

Die Aufstellung und Unterscheidung einzelner Krankheitsformen erleichtert das Studium der Pathologie und wird sowohl aus diesem Grunde, als auch weil es schwer ist, sich mit einen Male von der traditionellen ontologischen Auffassungsweise vollständig zu befreien, noch längere Zeit in der Krankheitslehre in Gebrauch bleiben. Jeder Arzt, welcher seine Erfahrungen unbefangen prüft, wird sich aber überzeugen müssen, dass diese Art der Eintheilung immer nur ein Nothbehelf ist, dass in der Wirklichkeit der einzelne Fall häufig genug keiner der angenommenen Krankheitsformen genau entspricht und dass auch die weitere Abtheilung der einzelnen Krankheiten in verschiedene Varietäten dem practischen Bedürfnisse nicht hinreichend genügen kann. Es geht dies schon daraus hervor, dass die Grundlage der Eintheilung der einzelnen Krankheitsprocesse ein Gemisch ganz heterogener Eintheilungsmomente bildet, in welchem practisches Bedürfniss mit theoretischer Anschauung vermengt ist. Fortwährend wird daher die Pathologie mit neuen Kranheitsspecies bereichert, andere gerathen dafür in Vergessenheit oder werden in neue Arten aufgelöst, je nachdem die fortschreitende Erkenntniss entweder neue Thatsachen entdeckt oder andere Gesichtspuncte für die Betrachtung der schon bekannten gewinnt. Bleibt man sich hierbei nur der schwankenden Grundlage bewusst, auf welcher die Unterscheidung bestimmter Krankheitsformen fusst, so kann eine solche neue Gruppirung des pathologischen Materials sehr förderlich sein, da man durch dieselbe das gesammte Gebiet der ärztlichen Beobachtung immer besser kennen lernt. Aber auch ohne eigentliche Aufstellung neuer Krankheitsformen kann die Zusammenstellung analoger Krankheitsfälle von practischem Nutzen sein, ja diese hat vielleicht durch ihre Objectivität einen dauernderen Werth. In diesem Sinne veröffentliche ich hier eine Reihe von Fällen, welche sowohl eine grosse Uebereinstimmung unter sich darbieten, als auch manches Abweichende von der gebräuch-

lichen Beschreibung ähnlicher Krankheitsformen erkennen lassen. Diese Fälle gehören der Meningitis cerebralis an, lassen sich aber unter die gewöhnlich unterschiedenen Arten derselben nicht bequem einreihen. Der Befund weist eine Basilarmeningitis mit Wassererguss in die Ventrikel nach, es fehlt aber nicht allein die bei der acuten Basilarmeningitis so gewöhnliche Erweichung des Ependyms der Ventrikel, sondern dieses ist vielmehr verdichtet und zeigt Spuren früherer irritativer Vorgänge, dabei aber findet sich eine bei der Basilarmeningitis gewöhnlich nicht vorkommende Beimischung von gelbem, weichen Exsudate zu dem wässerigen Inhalte der Ventrikel. Es fehlen ferner die bei der Basilarmeningitis so gewöhnlichen tuberculösen Ablagerungen in der pia Mater und in anderen Organen. Der Eintritt der Krankheit war in allen Fällen plötzlich und deutlich bezeichnet, der Verlauf aber ungewöhnlich schleppend; gleichwohl entspricht die Beschaffenheit des Exsudates mehr einem acuten Verlaufe. Lähmungserscheinungen fehlten entweder ganz, oder traten nur in geringem Grade und meist spät ein. Besonders auffallend für den Verlauf war der Eintritt deutlich characterisirter Exacerbationen des Processes, welche mitunter einen intermittirenden Character trugen. Für die richtige Deutung des Vorganges fehlen manche Momente. Einmal lässt sich die Anamnese bei dem Zustande der Kranken nicht hinreichend genau anstellen und wird auch dadurch erschwert, dass frühere, vorübergehende Hirnerkrankungen sehr wohl stattgefunden haben können, ohne einen bleibenden Eindruck im Gedächtniss der Kranken zu hinterlassen. Anderntheils ist es schwierig, Fälle, welche nicht tödlich verliefen, in denen also die Diagnose nicht durch die Obduction bestätigt werden konnte, an die wohlconstatirten anzureihen. Ich habe deshalb nur einen solchen hier mitgetheilt, bei welchem die Aehnlichkeit der Symptome und des Verlaufs sehr gross war. Es ist natürlich, dass es Fälle geben wird, welche sowohl geringere Grade eines analogen Vorgangs darstellen, als auch den Uebergang zu anderen, bekannteren bilden; aber in günstig verlaufenden Fällen bleibt die Diagnose immer zweifelhaft und bei Complicationen ist die Deutung der einzelnen Vorgänge hinsichtlich der Art und Reihenfolge ihres Eintrittes auch beim Sectionsbefunde häufig schwierig. Fälle, in denen man anfangs das Vorhandensein einer acuten Meningitis annehmen konnte, welche aber schnell günstig verlaufen, werden nicht selten beobachtet, da aber eben wegen des günstigen Verlaufs die characteristischen

Symptomen fehlen, so wird man derartige Fälle nicht anders verwerthen können, als wenn durch einen günstigen Zufall bei lange fortgesetzter Beobachtung der spätere Verlauf es gestattet, solche intercurrente Krankheitsvorgänge früherer Zeit mit Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit zu deuten. Man findet andererseits mitunter die Residuen früherer entzündlicher Processe als zufälligen und unerwarteten Befund in der Schädelhöhle, ohne dass man in der Lage ist, die Symptome derselben während des Lebens noch nachträglich ermitteln zu können. Die hier vorhandenen Lücken lassen sich nur durch die vereinigten Beobachtungen vieler Einzelner einigermassen ausfüllen. Die hier folgenden Beobachtungen, welche gleichwohl noch in mehreren Puncten die wünschenswerthe Vollständigkeit vermissen lassen, sind zum Theil weitläufig und ermüdend wiedergegeben. Dieser unangenehme Umstand konnte aber nicht vermieden werden, wenn die hier so wichtige Objectivität der Beobachtung bewahrt werden sollte. Zu der Reihe dieser Fälle gehört noch eine von mir im ersten Hefte meiner klinischen Mittheilungen (1858) auf S. 60 veröffentlichte Beobachtung, welche hier nicht wiederholt ist.

I.

Ein 25jähriger Schlachtergesell, von kräftigem Körperbau, hatte während einer Woche fast beständig in einem Eiskeller zu arbeiten gehabt. Nachdem er sich schon einige Tage unwohl und matt gefühlt hatte bekam er am 7. October 1863 heftigen Kopfschmerz und erbrach sich einigemal. Am 8. wurde er ins Krankenhaus aufgenommen. Er klagte über starke Schmerzen im Kopfe, sowie über heftige Gliederschmerzen, hatte keinen Appetit, eine weiss belegte Zunge und etwas trägen Stuhlgang. Die Temperatur war 29,8°, der Puls machte 72 Schläge, die Zahl der Athemzüge war 24 in der Minute. Der Kranke war im Schweisse gebadet und über den ganzen Körper mit Miliaria rubra bedeckt. Der Leib war von natürlicher Beschaffenheit; die Untersuchung der Brust ergab keine Abnormität. Die Pupillen waren beiderseits gleich, das Bewusstsein war frei, doch war der Kranke etwas schwerhörig. Nach einem Abführmittel erfolgte ein flüssiger Stuhlgang; der Kranke hatte Uebelkeit und Aufstossen, erbrach aber nicht. Der Harn braunroth, von etwas vermehrtem specifischen Gewicht, ohne Eiweissgehalt. Die Nacht war der Kranke sehr unruhig; am anderen Morgen klagte er über sehr heftigen Kopfschmerz, stöhnte laut und schrie mitunter vor Schmerz heftig auf. Seine Schwerhörigkeit hatte auffallend zugenommen, an den Pupilllen war keine Veränderung wahr-

zunehmen; der Kranke erbrach mehrmals nach dem Genuss von Flüssigkeit. Die Temperatur war 30°, die Pulsfrequenz 72, die der Respiration 30. Er klagte gleichzeitig über Schmerzen im Halse und im Leibe, ohne dass bei der Untersuchung hier eine Abnormität wahrzunehmen war. Er bekam Blutigel an den Kopf und mehrere abführende Gaben Calomel. Im Laufe des Tages trat noch einmal Erbrechen ein, es erfolgten vier flüssige Stuhlgänge. Die Temperatur war Abends 30,4° bei 88 ziemlich unregelmässigen Pulsschlägen und 28 Athemzügen. Gegen die Nacht hin nahm der Kopfschmerz ab und die Nacht war ruhiger. Am Morgen des 10. October wurde der Kopfschmerz aber wieder so heftig, dass der Kranke laut schrie. Er hatte im Laufe des Tages mehrere flüssige Stuhlgänge. Temperatur Morgens 30,3°, 72 Pulsschläge, 24 Respirationen in der Minute; Abends Temperatur 30,9°, 84 Pulsschläge, 24 Athemzüge. Es trat kein Erbrechen ein, die Pupillen zeigten keine Veränderung, der Leib war weder aufgetrieben noch eingefallen. (Vesicans in den Nacken. — Jodkali.) Die Nacht war ziemlich gut, am Morgen trat der Kopfschmerz wieder mit der alten Heftigkeit auf und erreichte einen solchen Grad, dass Morphium gereicht wurde; ein viertel Gran hatte keinen Einfluss und erst nach Wiederholung dieser Gabe trat einige Erleichterung ein. An den Pupillen war kein Unterschied zu bemerken, es zeigte sich aber eine geringe Lähmung des rechten Nervus facialis. Morgens: Temperatur 30,3°, 64 Pulsschläge, 24 Athemzüge; Abends: Temperatur 30,9°, 72 Pulsschläge, 24 Athemzüge. Da am Abend die Kopfschmerzen wieder stärker wurden und den Kranken zu lauten Schmerzäusserungen veranlassten, so erhielt er noch einen viertel Gran Morphium, worauf die Nacht ziemlich gut verlief. Am Morgen des 12. October war die Temperatur 29,8°, die Zahl der Pulsschläge 84, der Athemzüge 24 in der Minute. Die Lähmung des rechten Facialis war noch angedeutet, aber nicht vollständig, die Augen wurden beiderseits gut geschlossen, die Pupillen waren gleich, der Druck der Hände war auf beiden Seiten gleich, die Zunge wich beim Ausstrecken etwas nach rechts ab. Wegen Harnverhaltung musste der Catheter angewendet werden, es zeigte sich dabei Lähmung des Detrusor. Der Kopfschmerz war am Tage wieder heftig, die Schwerhörigkeit war sehr gross. Im Laufe des Tages verloren sich die Symptome der Facialislähmung völlig, doch wurde die Anwendung des Catheters noch am Abend wieder nöthig. Stuhlgang erfolgte dreimal, Erbrechen trat nicht ein. Die Temperatur war Abends 31°, bei 64 Pulsschlägen und 24 Athemzügen in der Minute. Wegen der heftigen Kopfschmerzen wurde wieder Morphium gereicht, doch waren drei Gaben von ¼ Gran Morphium nöthig. Am Morgen des 13. October war die Temperatur 30°, die Zahl der Pulsschläge war 78, der Athemzüge 20 in der Minute. Der Kopfschmerz war heftig, die Schwerhörigkeit geringer, das Bewusstsein war ziemlich frei, die Pupillen waren gleich,

die Lähmung des Facialis war nicht zu bemerken, der Harn wurde mit einiger Anstrengung von selbst gelassen, der Leib war deutlich eingesunken. Am Abend war die Temperatur 31,6°, die Zahl der Pulsschläge 84, der Athemzüge 24. Stuhlgang war einmal erfolgt, es wurde ziemlich viel Harn gelassen. Im Laufe des Tages wurden zwei Pulver von $\frac{1}{4}$ Gran Morphium verbraucht, in der Nacht schlief der Kranke ohne Morphium. Im Schlafe bemerkte man bisweilen Zucken in der rechten Gesichtshälfte. Am Morgen des 14. October war die Temperatur 30,4°, bei 80 Pulsschlägen und 24 Athemzügen. Der Kranke klagte bei der Berührung der Hoden über lebhaften Schmerz, ohne dass diese eine merkliche Anschwellung zeigten. Der Zustand war im Uebrigen nicht verändert. Die Temperatur zeigte am Nachmittage bei Zunahme des Kopfschmerzes 31,5°, am Abend 30,8° bei 82 Pulsschlägen und 24 Respirationen. Wegen des heftigen Kopfschmerzes musste öfters Morphium gegeben werden. Am 15. war der Kopfschmerz am Vormittage geringer, stellte sich aber um 3 Uhr Nachmittags ein; es zeigte sich dabei eine Temperatursteigerung in den Nachmittagstunden mit Remission am Abend. Morgens nämlich war die Temperatur 30,2° bei 84 Pulsschlägen und 24 Respirationen, sie stieg um Mittag auf 31,6° und um $5\frac{1}{2}$ auf 32° bei 100 Pulsschlägen und 28 Athemzügen, sank gegen 9 Uhr Abends auf 31°. Der Kranke war bedeutend weniger schwerhörig, liess reichlich Harn und hatte gehörig Stuhlgang. Die Nacht war gut. Am 16. Morgens war die Temperatur 29,4°, die Zahl der Pulsschläge 80, der Athemzüge 20. Der Kopfschmerz stellte sich um $3\frac{1}{2}$ Uhr Nachmittags heftig ein und blieb anhaltend bis tief in die Nacht hinein. Die Temperatursteigerung begann um $1\frac{1}{2}$ Uhr Nachmittags, betrug zu dieser Zeit aber nur 30,2° und stieg allmählig bis Abends 9 Uhr auf 31,4°. Es wurde jetzt Chinin 2stündlich zu 3 Gran gegeben. Am 17. October war die Temperatur Morgens 29,9°, bei 64 Pulsschlägen und 22 Respirationen. Der Kranke befand sich den ganzen Tag über ziemlich gut und ass mit ziemlich gutem Appetite. Um 1 Uhr Nachmittags war die Temperatur 30,2°, sie stieg bis 6 Uhr auf 30,7° und sank dann gegen 9 Uhr auf 30,4°. Am 18. war die Temperatur Morgens 30,1°, die Zahl der Pulsschläge 84, der Athemzüge 24. Der Kopfschmerz trat am Morgen sehr heftig ein und liess erst gegen Abend nach. Die Temperatur war Vormittags $10\frac{1}{2}$ Uhr 30,6°, um 1 Uhr Nachmittags 31,6°, um $5\frac{1}{2}$ Uhr 31,2°, um $9\frac{1}{2}$ Uhr Abends 30,4°. Die Zahl der Pulsschläge stieg bei der Temperaturerhöhung am Nachmittage auf 94. Oeffnung erfolgte auf ein Klystier, Harn wurde reichlich gelassen. In der Nacht schlief der Kranke gut. Die Temperatur am 19. Morgens war 29,6°, die Zahl der Pulsschläge 64, der Athemzüge 24. Die Temperatursteigerung begann erst um 3 Uhr Nachmittags mit 30,2°, stieg dann stetig und betrug am Abend um 9 Uhr 31,4°, die Pulsfrequenz stieg dabei auf 90 Schläge; der Kopfschmerz begann gleich-

falls um 3 Uhr Nachmittags und dauerte bis nach Mitternacht heftig fort. Am 20. Morgens war die Temperatur 29,9°, bei 70 Pulsschlägen und 22 Athemzügen. Der Kopfschmerz war Tags über gering und begann erst Abends 7 Uhr wieder heftig, dauerte dann aber bis 3 Uhr nach Mitternacht fort. Dem entsprechend zeigte sich Nachmittags 5 Uhr noch keine Temperatursteigerung, diese trat erst später ein. Abends 9½ Uhr war die Temperatur 31,2°. Am 21. Morgens war die Temperatur 30,4°, bei 64 Pulsschlägen und 24 Respirationen. Man bemerkte, während der Kranke schlief, dass er öfter mit den Muskeln der rechten Seite zuckte, der linke Mundwinkel hing etwas herab; der Kranke knirschte im Schlafe häufig mit den Zähnen. Temperatursteigerung trat Tags über nicht ein, auch am Abend, als um 8 Uhr die Kopfschmerzen mit grosser Heftigkeit eintraten, war keine Temperaturerhöhung vorhanden, dieselbe trat aber später ein, denn eine um Mitternacht angestellte Messung ergab eine Temperatur von 31,5°. Der Kopfschmerz dauerte am 22. Morgens noch fort und vermehrte sich in einzelnen Zwischenräumen sehr heftig. Die Temperatur betrug am Morgen 30,4°, bei 76 Pulsschlägen und 24 Athemzügen. Der Kranke sprach im Halbschlummer viel vor sich hin und knirschte stark mit den Zähnen, antwortete auf Fragen aber richtig. Erst am Nachmittage, auf eine grössere Gabe Morphium, trat Nachlass der Schmerzen und Schlaf ein. Die Temperatur stieg am Vormittag auf 31,2°, war Abends aber wieder auf 29,6° gesunken, bei 72 Pulsschlägen und 15 Athemzügen. Der Kopfschmerz zeigte sich bis zum 23. nur in kleinen Zwischenräumen, der Kranke schlief bis Mitternacht. Die Andeutung der Gesichtslähmung war noch vorhanden, aber nicht stärker entwickelt, die Pupillen zeigten keine Abweichung, der Leib war mehr eingesunken, das Gehör war im Ganzen besser, Harn wurde reichlich gelassen, der Stuhl erfolgte auf Klystiere. Die Temperatur war Morgens 30,3°, die Zahl der Pulsschläge 96, der Athemzüge 24. Mittags war die Temperatur auf 29,8° und Abends auf 29,4° gesunken. Gegen 10 Uhr zeigte sich eine Steigerung auf 30°, die in der Nacht auf 30,2° fortschritt. Es war dabei kein starker Kopfschmerz vorhanden, doch delirirte der Kranke in der Nacht viel und knirschte heftig mit den Zähnen, auch zuckte er häufig mit den Extremitäten. Am 24. Morgens schlief er ruhig bei einer Temperatur von 30° und 60 Pulsschlägen. Am Mittage stieg die Temperatur nur auf 30,4°, sank Abends wieder auf 30°. Dem ruhigen Schlaf des Morgens war im Laufe des Tages vollständige Verwirrung gefolgt, der Kranke schrie mitunter laut, sprach viel vor sich hin, sang, hatte dabei öfter Zähneknirschen, anscheinend aber keine heftigen Schmerzen. Die Ausleerungen erfolgten unwillkührlich. Am 25. war die Temperatur Morgens 29,5° bei 66 Pulsschlägen. Der Kranke war noch in demselben Zustande, er erkannte besuchende Freunde nicht, delirirte und lärmte öfter. Beim Berühren der Augen oder sonstigen

Versuchen zu passiven Bewegungen bemerkte man immer widerstrebende Muskelbewegungen. Bei noch immer auf beiden Seiten gleichen Pupillen zeigte sich an diesem Tage zuerst Lähmung des linken Abducens. Temperatur Abends 30,4°, bei 66 Pulsschlägen und 30 Athemzügen. Am 26. war die Temperatur Morgens 30°, die Zahl der Athemzüge 28, der Pulsschläge 84. Der Zustand war im Wesentlichen nicht verändert, die Lähmung des linken Facialis war ausgesprochen, die rechte Gesichtshälfte zuckte, seltener die rechte Körperhälfte. Die Temperatur stieg am Nachmittage auf 30,8°, bei 84 Pulsschlägen und 24 Athemzügen, sank später wieder auf 30°. Das Bewusstsein war im Laufe des Tages auf zwei Stunden vollständig wiedergekehrt, nach dieser Zeit verfiel der Kranke aber wieder in den alten Zustand und delirirte fast fortwährend. Am 28. war Morgens die Temperatur 30,4°, bei 88 Pulsschlägen und 26 Athemzügen. Der Kranke zuckte häufig mit den verschiedenen Körpertheilen in unordentlicher Reihenfolge. Zum erstenmale wurde Ungleichheit der Pupillen constatirt und zwar war die rechte weiter, Während meist die Ausleerungen unwillkührlich waren, liess der Kranke doch einigemal gehörig eine ziemliche Menge Harn. Der Kranke wurde mitunter heftig und wollte sein Hemd zerreissen. Mittags zeigte sich eine Temperatursteigerung auf 30,9°, bei 96 Pulsschlägen und 28 Athemzügen. Gegen 9 Uhr Abends sank die Temperatur wieder auf 30,2°. Am Morgen des 28. traten in einzelnen Muskeln der rechten Seite tonische Krämpfe ein, vorzüglich im Gesicht, dem rechten Daumen und der grossen Zehe, dabei knirschte der Kranke heftig mit den Zähnen. Das Bewusstsein war ganz geschwunden, der Kranke trank auch nur, wenn man ihm das Glas an den Mund brachte. Mittags und Abends war die Temperatur 30,4°, die Pulsfrequenz war auf 108 Schläge gestiegen, bei 36 Athemzügen. Am 29. war bei gleicher Temperatur die Zahl der Pulsschläge auf 132 gestiegen, die Zahl der Athemzüge war 52; es begann schon Rasseln in der Luftröhre. Der Tod erfolgte erst am 30. October Nachmittags. Die Temperatur stieg in der letzten Zeit nicht über 30,8°. Convulsionen traten nicht ein; der Kranke hielt den Mund fest geschlossen, so dass man ihm fast gar nichts einflössen konnte.

Bei der 16 Stunden nach dem Tode angestellten Section zeigte sich der kräftig gebaute Körper ziemlich abgemagert, mit etwas dunklen Hautdecken. — Die innere Schädeltafel war besonders am Stirnbein verdickt, ausserdem auch längs der Näthe, wodurch diese ein plumpes Ansehen bekamen. Die dura Mater war gespannt, die Arachnoidea der Convexität stark getrübt, aber nur wenig Serum unter derselben. Die Hirnwindungen waren etwas verstrichen. Die Arachnoidea der Basis war ebenfalls getrübt; die pia Mater war hier, namentlich um das Chiasma herum, theils mit trübem Serum, theils mit gelbem, geronnenen Exsudate infiltrirt. Aus dem geborstenen Tuber cinereum entleerte sich

eine grosse Menge trüben Wassers. Die Ventrikel waren ziemlich erweitert, mit trübem Serum erfüllt, in den Hinterhörnern befanden sich weiche, eitergelbe, durchscheinende Gerinnsel. Das Ependym war etwas verdichtet, selbst am Fornix nur wenig erweicht, im vierten Ventrikel und an einigen Stellen der Vorderhörner granulirt. Der Blutreichthum des Gehirns war mässig, die Substanz zeigte keine Abweichung. -- Die Lungen waren nach hinten und unten stark mit Blut erfüllt, theilweise luftleer, bei im Allgemeinen glatter Schnittfläche, welche nur an einzelnen Stellen heller gefärbt und körnig war. Am Herzen wurden keine bemerkenswerthen Abweichungen gefunden, der linke Ventrikel war in mässigem Grade erweitert. — Die Leber war von normaler Beschaffenheit und Farbe, die Milz klein, schlaff, etwas blass, die Nieren waren nicht verändert, ebensowenig der Magen und Darmcanal. — Die Harnblase war ausgedehnt. — Im linken, nur wenig geschwollenen Nebenhoden fand sich eine nicht umfängliche Eiteransammlung.

II.

Ein kräftig gebauter, gesund aussehender Maurergesell von 28 Jahren erkrankte am 4. Febr. 1863 mit Fiebererscheinungen, Schmerzen im Kopfe und der Lumbargegend, Appetitmangel und Stuhlverstopfung; der Schlaf war gestört. Am 6. wurde er ins Krankenhaus aufgenommen. Seine Klagen waren noch ganz dieselben, die Untersuchung ergab keine Localstörung, der Druck auf die Lumbargegend war schmerzhaft, die Milz war nicht vergrössert, der Leib von natürlicher Beschaffenheit. Die Temperatur war 31,4°, die Zahl der Pulsschläge 92, der Athemzüge 30 in der Minute. Man vermuthete einen Abdominaltyphus, der Kranke erhielt eine Gabe von 5 Gran Calomel und ein Infusum Digitalis. Er schlief in der Nacht unruhig, klagte etwas über Leibschmerz, hatte indessen Stuhlausleerung gehabt, der Durst war stark, der Zustand sonst nicht verändert. Die Temperatur war Morgens 31°, der Puls machte 100 Schläge, die Zahl der Athemzüge war 30; Abends zeigte sich keine Veränderung der Temperatur, die Frequenz des Pulses war auf 88, die der Athemzüge auf 28 gesunken. Die Unruhe in der Nacht war wieder ziemlich stark, der Kranke klagte über Kopfschmerz, namentlich im Hinterkopfe; es fiel auf, dass der Kopf stark nach hinten gebeugt war, der Druck im Nacken war schmerzhaft, so auch der Versuch den Kopf nach vorn zu beugen. Das Bewusstsein war frei, Lähmungserscheinungen waren nicht vorhanden. Der Durst war stark, der Stuhlgang träge. Es wurde eine Blutentziehung im Nacken gemacht und wieder eine Gabe von fünf Gran Calomel gegeben. Die Temperatur war Morgens 31°, bei 78 Pulsschlägen und 24 Athemzügen, des Abends 31,6°, bei 90 Pulsschlägen und 28 Athemzügen. Nach einer unruhigen

Nacht war am 9. Morgens die Temperatur 31,8°, bei 78 Pulsschlägen und 30 Athemzügen. Die Erscheinungen waren im Uebrigen nicht verändert. Abends war die Temperatur 31,4°, die Zahl der Pulsschläge 80, der Athemzüge 30. Die folgende Nacht war ruhiger, doch war der sonstige Zustand weder besser, noch schlimmer. Die Temperatur betrug Morgens 31,2°, bei 84 Pulsschlägen und 30 Athemzügen; Abends 31,6°, bei 100 Pulsschlägen und 40 Athemzügen. Am 11. zeigte sich bei sonst im Wesentlichen unveränderten Befinden Herpes labialis; bei ziemlich hoher Temperatur verminderte sich die Pulsfrequenz, doch ohne unter die Norm zu sinken. (Digitalis weggelassen.) Der Kranke klagte mässig über Kopfschmerz, hielt den Kopf beständig rückwärts gebeugt und konnte ihn nicht nach vorn neigen. Dabei antwortete er richtig, machte nicht den Eindruck schweren Leidens, bezeichnete seinen Zustand selbst vielmehr als leidlich. Der Stuhlgang war im Ganzen angehalten, der Leib mässig eingefallen. Es zeigte sich etwas Abmagerung. Objective Veränderungen waren nicht zu bemerken. Der Durst war stark, der Appetit gering, doch nicht ganz fehlend, bisweilen sogar gut, doch meist nur vorübergehend. Am 13. war er verwirrt in seinen Begriffen, ohne zu deliriren; gerade an diesem Tage war das Fieber geringer. Er wurde indessen am 14. bei gesteigertem Fieber sehr unruhig, der Puls war dabei von normaler Frequenz. Nach Morphium folgte ruhiger Schlaf. Der Kranke war am 15. bedeutend freier, als an den vorhergehenden Tagen; der Kopfschmerz war nicht sehr stark, aber noch vorhanden, die seitlichen Bewegungen des Kopfes waren frei, die Neigung nach vorn noch behindert. Der Kranke war still, etwas theilnahmlos, aber beständig zufrieden. So blieb der Zustand auch in den nächsten Tagen, bei einer stets erhöhten Temperatur, ruhigem Pulse und wenig beschleunigter Respiration, ohne jede Lähmungserscheinung. Es war ein eigenthümlicher Anblick den Kranken mit vorgestrecktem Halse und nach hinten gebeugtem Kopfe zur Verrichtung eines Bedürfnisses festen Schrittes durch Zimmer schreiten zu sehen, ohne dass Schwindel oder besondere Muskelschwäche vorhanden zu sein schien. Am 18. waren die Bewegungen des Kopfes freier, der Schlaf erfolgte von selbst und war ruhig. Am 20. war der Appetit wieder recht gut und das subjective Befinden desgleichen; gleichwohl zeigten die Temperaturverhältnisse keine Veränderung. Am 22. waren die Beine bedeutend schwächer geworden, sonst war keine wesentliche Veränderung eingetreten. Am 23. war der Kranke bei etwas verminderter Temperatur und etwas erhöhter Pulsfrequenz vollständig soporös und lag mit halbgeöffneten Augen und engen Pupillen. Er genoss nichts und hatte unwillkührliche Ausleerungen. Es wurde ein Vesicator in den Nacken gelegt. Am 24. zeigte sich bei kaum erhöhter Temperatur Harnverhaltung, fortdauernder Sopor, kleine Pupillen, geröthete, mit Schleim bedeckte Conjunctiva; bei Berührung schrie der

Kranke auf. Am 25. bei ganz normaler Temperatur nnd wenig beschleunigtem Pulse war der Sopor gewichen, das Schlucken ging besser von statten, doch delirirte der Krankc beständig. Am 26. war der Kranke wieder ziemlich bei Bewusstsein, ohne Delirien, licss willkührlich Urin, ass mit Appetit, hielt den Kopf ganz natürlich und hatte wieder normale Pupillen. Er war jedoch noch geistig beschränkt, gab oft verkehrte Antworten und erkannte besuchende Freunde nicht; dabei war er theilnahmlos. Bis zum 2. März besserte sich der Zustand nun täglich mehr; der Geist ward ganz frei, die Haltung des Kopfes war natürlich, der Appetit lebhaft. Am Nachmittage des 2. März trat wieder mehr Kopfschmerz ein, gleichzeitig mit einer geringen Temperaturerhöhung und Beschleunigung des Pulses; am 3. fehlte bei fortdauerndem Kopfschmerz der Appetit wieder, am Abend steigerte sich dcr Schmerz unter merklicher Temperaturerhöhung. Am Morgen des 4. März trat Nachlass des Kopfschmerzes ein, doch fehlte der Appetit noch gänzlich und es bestand noch eine Temperaturerhöhung, welche am Abend zunahm. Die Nacht war unruhig und am 5. zeigte sich bei Nachlass des Kopfschmerzes Uebclkeit und Erbrechen. Die Temperatur war Morgens und Abends gleich und nur mässig hoch. Nun traten wieder bessere Tage ein, doch blieb stets etwas Kopfschmerz, der Appetit war gering, der Stuhlgang erfolgte von selbst, der Leib war immer stark eingesunken, der Kranke erschien geistig beschränkt, hatte indessen durchaus keine Lähmungserscheinungen, konnte viclmehr gut und ohne Unterstützung gehen. Die Tempcratur war nur unbcdeutend erhöht, der Puls nur mässig frequent. Am 14. zeigte sich wieder Exacerbation des Kopfschmerzes mit vermehrten Fiebererscheinungcn, in den nächsten Tagen verminderte sich das Fiebcr wieder etwas, doch war der Kranke mehr geistesabwesend, hatte trägc, etwas verengte Pupillen und häufig Kopfschmerz. Seine Kräfte nahmen sichtlich ab und er fing an, sich durchzuliegen. Die Fiebererscheinungen wechselten in unregelmässiger Weise, so auch der Kopfschmerz und der Zustand der geistigen Functionen. Im Allgemeinen wurde der Zustand fortwährend schlechter, die Ausleerungen waren meist unwillkührlich, der Kranke nahm nichts zu sich und lag meist ohne Bewusstsein. Vom 4. April an nahm der Collapsus stärker zu, aber erst am Abend des 7. April erfolgtc der Tod. Am 16. März war ihm ein Haarseil in den Nacken gelegt worden, doch zeigte diese Ableitung durchaus keinen Einfluss. Lähmung der Gesichts- oder Augcnmuskeln trat nicht ein.

Ich lasse hicr, dcr bessercn Uebersicht wegen, die Zusammenstellung der Temperatur und dcr Puls- und Respirationsfrequenz folgen:

Dat.		T.	P.	R.	Dat.	T.	P.	R.	Dat.	T.	P.	R.
6/2	A.	31,4	93	30								
7/2	M.	31	100	30	27/2	29,8	72	24	19/3	30,2	90	30
	A.	31	88	28		30	90	24		31,2	96	28
8/2	M.	31	78	24	28/2	29,6	84	27	20/3	30,2	78	18
	A.	31,6	90	28		30	68	30		30	90	24
9/2	M.	31,8	78	30	1/3	29,8	78	24	21/3	31,2	114	30
	A.	31,4	80	24		30	80	24		30,8	92	26
10/2	M.	31,2	84	30	2/3	29,8	90	24	22/3	30	102	24
	A.	31,6	100	40		30,8	112	30		31,4	104	28
11/2	M.	31,2	86	24	3/3	30,2	108	24	23/3	30	102	24
	A.	31,8	60	20		31,6	100	22		29,8	96	24
12/2	M.	31,6	72	30	4/3	30,6	105	30	24/3	30,8	111	18
	A.	31,6	80	24		31,2	96	28		30	88	28
13/2	M.	31,4	78	24	5/3	30,8	108	36	25/3	31,2	108	27
	A.	31,4	64	28		30,8	108	30		30,4	90	26
14/2	M.	32	78	36	6/3	30,6	96	24	26/3	31,6	108	24
	A.	31,8	72	28		30	96	24		30,6	92	24
15/2	M.	31,2	84	30	7/3	30,6	100	28	27/3	30,4	102	24
	A.	31,8	96	30		30,2	94	22		31	108	22
16/2	M.	31,2	90	30	8/3	30,2	104	28	28/3	29,6	84	24
	A.	31,6	76	24		30,4	96	20		30,4	84	20
17/2	M.	31,6	72	30	9/3	30	94	26	29/3	30,4	99	24
	A.	31,2	76	24		30,2	84	20		30,2	90	24
18/2	M.	31,4	64	32	10/3	29,6	90	20	30/3	31,4	108	24
	A.	31,4	72	24		30,4	88	20		30,8	98	22
19/2	M.	31,4	84	30	11/3	29,6	84	20	31/3	30	90	27
	A.	31,8	70	30		30,2	84	22		30,8	92	28
20/2	M.	31,2	70	30	12/3	29,4	96	24	1/4	30,6	96	24
	A.	31,4	68	24		29,8	96	24		30,2	94	26
21/2	M.	30,8	78	30	13/3	29,8	87	22	2/4	30,6	96	30
	A.	31,4	72	30		30	92	22		30,2	94	26
22/2	M.	31	78	30	14/3	31	93	24	3/4	30,6	80	28
	A.	31,6	100	24		30,2	96	24		30,4	96	32
23/2	M.	30,8	90	36	15/3	31,6	108	24	4/4	30,8	108	30
	A.	31	100	28		30,8	92	28		30,8	102	36
24/2	M.	30	96	30	16/3	30	90	24	5/4	30,2	102	42
	A.	30	96	30		31,2	100	28		30,4	108	54
25/2	M.	29,8	108	36	17/3	30,2	87	21	6/4	30	130	50
	A.	29,8	106	24		30	96	24		30	132	50
26/2	M.	30	111	27	18/3	31,2	108	30	7/4	31,2	130	60
	A.	30,4	92	24		30,6	90	28				

Bei der 17 Stunden nach dem Tode vorgenommenen Section zeigte sich der Körper abgemagert, mit dunkler Haut und dunklen Muskeln. Die innere Schädeltafel war an einzelnen Stellen, namentlich in der Mitte des Stirnbeines, verdickt und mit flachen Osteophytschichten bedeckt. Der Schädel zeigte sich äusserlich etwa einen Zollbreit längs der Coronalnath etwas eingezogen. Die Arachnoidea der Convexität war, namentlich auf den vorderen Lappen, getrübt, die pia Mater war hier mit dickem, gelblichen Exsudate infiltrirt, an der Basis zeigte sich die Arachnoidea stark getrübt und in den Maschen der pia Mater viel trübes, gelbes Exsudat, welches sich auch auf dem kleinen Gehirn und der Medulla

oblongata vorfand. Der Blutreichthum war nur mässig; das Zellgewebe in der Fossa Sylvii war verdichtet, doch ohne Entwicklung von Tuberkelgranulationen. Die Marksubstanz des Gehirns war etwas zähe, beide Seitenventrikel waren von klarem Serum stark ausgedehnt, das Ependym war verdichtet, auch am Fornix, liess viele Gefässe durchscheinen und war mit einer schwach adhärirenden, zähen, gelblichen Exsudatschicht bedeckt, welche in grösseren Flocken in den Hinterhörnern angesammelt war. Unter dem Ependym des vierten Ventrikels sah man ausser entwickelten Gefässen noch kleine Ecchymosen. Die Glandula pituitaria war blutreich und fest. — In beiden Lungen, namentlich dem linken unteren Lappen um die erweiterten, gerötheten und mit eitrigem Schleim erfüllten kleinen Bronchien waren kleine umschriebene röthlichgelbe Verdichtungen, welche der Lunge beim Anfühlen eine höckerige Beschaffenheit gaben, das sonstige Gewebe der Lungen war gesund. — Das Herz war schlaff, ohne bemerkenswerthe Abweichung. — Die Leber war blutreich, etwas weich, aber sonst nicht abweichend, die Galle hellbraun und zähe. — Die Milz war braunroth, schlaff, ziemlich klein. Die Nieren waren mässig blutreich, von glatter Oberfläche und normaler Consistenz, ohne krankhafte Veränderung, mit Ausnahme einer erbsengrossen, glattwandigen, mit bräunlicher Masse erfüllten Cyste in der rechten Niere. In der Harnblase etwas trüber Urin. Magen und Darmcanal ohne wesentliche Veränderung.

III.

Ein 25jähriger Kellner, in einer Bierwirthschaft, von ziemlich kräftigem Körperbau, früher gesund, nur als Kind mit Ohrenfluss auf beiden Seiten behaftet, legte sich am 8. April 1861 nach einer anstrengenden Nacht früh am Morgen vor Mattigkeit mit den Kleidern aufs Bett und schlief sogleich fest ein. Als er am Vormittage erwachte, bekam er einen heftigen Frostanfall mit starkem Kopfschmerz, später Fieberhitze, erbrach im Laufe des Tages mehrmal und war genöthigt, im Bette zu bleiben. Von seinem Arzte in der Stadt, welcher einen Anfall von Intermittens perniciosa vermuthete, erhielt er am 10. April Blutigel an den Kopf und innerlich Chinin. Da sich jedoch der Zustand nicht verbesserte, so liess er sich am 12. ins Krankenhaus aufnehmen. Er hatte eine etwas gelbliche Hautfarbe, doch war die Conjunctiva nicht gelb; die Haut war heiss, der Puls machte 96 Schläge. Seine vorzüglichste Klage war ein heftiger Kopfschmerz in der Stirngegend, vorzüglich rechts, dabei fehlte der Appetit; der Stuhlgang war träge. Die physicalische Untersuchung der Brust ergab keine Abnormität, der Leib war von gewöhnlicher Beschaffenheit, eine Anschwellung der Milz war nicht vorhanden, der Ohrenfluss war spurlos verschwunden,

auch war keine Veränderung an den Ohren oder der Umgebung derselben zu bemerken. Der rechte obere Eckzahn fehlte, aus seiner Lücke entleerte sich Eiter und Blut, das Zahnfleisch war in einiger Ausdehnung unterminirt und der Alveolarfortsatz oberflächlich cariös. Ausser dem üblen Geschmack des ausfliessenden Eiters machte ihm dieses schon länger bestehehende Uebel, welches schon wiederholt vergeblich mit Einschnitten behandelt war, keine Beschwerden. Das Bewusstsein war ganz frei. Er bekam drei Pulver von drei Gran Calomel und eine Eisblase auf den Kopf. Wegen Zunahme der Kopfschmerzen wurden am Abend der Aufnahme noch Blutigel hinter die Ohren gesetzt. Der Kopfschmerz blieb gleichwohl heftig und hinderte den Schlaf; erst gegen Morgen zeigte sich etwas Erleichterung. Er erhielt jetzt Nitrum mit Magnesia sulphurica. Gegen Mittag nahm der Kopfschmerz wieder zu; Erbrechen trat jedoch nicht ein, es erfolgten mehrere flüssige Stuhlgänge. Abends wurde ein Vesicans in den Nacken gelegt und der heftigen Schmerzen wegen Morphium verordnet. In der Nacht war der Kranke sehr unruhig und aufgeregt; nach Aussage des Wache habenden Wärters hatte er delirirt, er selbst behauptete dagegen, mit dem Wärter nur einen heftigen Streit gehabt zu haben, bei welchem seine Heftigkeit eine wohlberechtigte gewesen sei. Sein Wesen war aufgeregt und mürrisch, doch war er am Morgen sonst bei freiem Bewusstsein. Die Eisblase wurde auf den Wunsch des Kranken, der nur Belästigung und durchaus keine Erleichterung durch dieselbe spürte, weggelassen. Das Fieber dauerte in derselben Weise, wie anfangs fort; es zeigte sich überhaupt keine Veränderung des Zustandes. (Starkes Digitalis infusum.) Die nächste Nacht war ruhiger, der Kopfschmerz war geringer, das Fieber dauerte fort. Das Vesicans war ihm sehr lästig und hinderte die Bewegung des Nackens. Der Stuhlgang fehlte wieder. Am 16. vermehrte sich der Kopfschmerz wieder, nachdem die Nacht zwar ohne eigentlichen Schlaf, doch leidlich ruhig vorübergegangen war. Im Uebrigen war der Zustand derselbe, das Bewusstsein war frei, doch war der Kranke mürrisch, heftig und launisch. Erbrechen trat nicht ein, Stuhlgang erfolgte auf einige Gaben Calomel reichlich. Eine neue Application von Blutigeln an den Kopf mässigte den Schmerz, doch blieb der Kopf eingenommen. Die folgende Nacht war durch unruhige Träume gestört, auch wälzte sich der Kranke viel umher, delirirte indessen nicht. Der Kopfschmerz war am 17. mässig, auch zeigte sich etwas Appetit; der Durst war gleichzeitig stark. Die Pulsfrequenz blieb sich im Allgemeinen stets gleich und schwankte zwischen 96 und 104 Schlägen. Die nächste Nacht verlief leidlich. Das Befinden des Kranken war überhaupt am 18. besser, namentlich war der Kopfschmerz geringer. Am Abend fühlte sich der Kranke noch besser, bekam dagegen in der Nacht wieder heftigen Kopfschmerz, welcher bis zum Nachmittage anhielt. Er hatte dabei am 19. eine Pulsfrequenz von 112 Schlägen.

Schon einigemal wollte der Kranke zeitweilig, unter Eintritt allgemeinen starken Schweisses, bedeutende Verminderung des Kopfschmerzes und Besserung des Allgemeinbefindens bemerkt haben; als nun am Nachmittage wieder Nachlass der Erscheinungen eintrat, wurde mit Rücksicht auf die von dem Arzte in der Stadt gestellte Diagnose Chinin verordnet. Die Nacht verlief ziemlich gut, der Kranke klagte dagegen am andern Morgen wieder mehr, hatte Kopfschmerzen und fühlte sich sehr matt, der Puls machte nur 90 Schläge; Oeffnung war einigemal erfolgt. Am Nachmittage trat wieder Remission ein, der Schlaf war besser; am 21. Morgens stellte sich jedoch der Kopfschmerz wieder, wenn auch nicht sehr heftig ein und dauerte bis zum Abend; die Nacht war wieder verhältnissmässig ruhig bis zum Morgen, wo der Kopfschmerz wieder eintrat. Am Mittag des 22. zeigte sich ein viertelstündiges Frösteln, gleichzeitig steigerte sich der Kopfschmerz, die Haut war heiss; gegen Abend trat mit starkem Schweiss Nachlass des Kopfschmerzes ein. Die Nacht war wieder ziemlich gut und die Erleichterung dauerte bis Mittag; dann trat Frösteln und allmähliche Steigerung des Kopfschmerzes bis zum Abend ein, worauf dann wieder unter starkem Schweissausbruch Erleichterung und eine ruhige Nacht folgte. Am 23. stellte sich, obwohl eine Drachme Chinin seit dem 19. verbraucht war, der Anfall wiederum ein, doch etwas später und endete Abends spät, worauf wieder eine ruhige Nacht folgte. Die Temperatur erhob sich während der Anfälle meist auf etwa 31,6° und betrug in den freieren Zwischenräumen 30° bis 30,6°, die Pulsfrequenz überstieg selten 100 Schläge, der Appetit blieb sehr gering, die Oeffnung war ziemlich regelmässig. Der Kranke war stets bei freiem Bewusstsein, aber in seinem Wesen ungewöhnlich; namentlich sprach er unverhältnissmässig laut und machte den Eindruck eines rücksichtslosen Menschen. Die Hautfarbe war stets etwas gelblich, doch fehlte die gelbliche Färbung der Conjunctiva, auch war der Stuhlgang gallig gefärbt und im Urin kein Gallenfarbstoff zugegen. Am 24. war das Befinden etwas besser, es stellte sich der Anfall von Fieber mit Kopfschmerz nicht ein, dagegen entstand um 4 Uhr Nachmittags Schweiss, welcher bis zum nächsten Morgen um 4 Uhr andauerte. Die Temperatur war dabei auf 31,7° erhöht. Am 25. trat der Kopfschmerz nach einer ganz freien Pause um 7 Uhr wieder ein und steigerte sich unter Temperaturerhöhung bis 3 Uhr Nachmittags, worauf Schweiss und Erleichterung eintrat. Die Temperatur betrug Abends nur 31,1°. Die Nacht war verhältnissmässig gut, um 8 Uhr Morgens am 26. stellte sich der Kopfschmerz wieder ein und dauerte bis 7 Uhr Abends. Die Temperaturverhältnisse entsprachen dem Anfalle des Kopfschmerzes nicht, denn beim Beginne war die Temperatur nur 29,8° bei 84 Pulsschlägen, Mittags war nur eine geringe Erhöhung bis 30,1° eingetreten und Abends, als der Kranke unter starkem Schweiss erleichtert war, zeigte sich eine Steigerung auf 31,5°. Von diesem Tage

an zeigte die Temperatur fast gar keine regelmässige Abweichung mehr. Der Anfall trat am 27. zwar von 11 Uhr Vormittags bis Abends 5 Uhr ein, der Schweiss zeigte sich erst um 9 Uhr Abends und dauerte bis gegen Morgen, die Temperatur war dagegen von 29,8° am Morgen bis gegen Abend ganz allmählich nur bis 30,4° gestiegen und betrug am 28. Morgens nur 29,3° um während des ganzen Tages sich bis gegen Abend nur auf 29,8° zu erheben. Der Kranke fühlte sich an diesem Tage bedeutend wohler, hatte fast gar keinen Kopfschmerz und besseren Appetit. Auch der 29. verlief ohne Schmerz und sonstige wesentliche Beschwerde. Er hatte seit dem 26. Nachmittags 3stündlich drei Gran Chinin mit $\frac{1}{3}$ Gran Opium bekommen. Als bei gutem Befinden die verordnete Arzenei am 30. zu Ende war, glaubte man das Opium fortlassen zu können und gab Chinin allein, zwei Gran pro dosi. Doch schon nach 4 Stunden stellte sich der Kopfschmerz wieder in der alten Weise ein, so dass man wieder Opium geben musste. Temperatursteigerung war durchaus nicht vorhanden, die Pulsfrequenz war, wie in den letzten Tagen, zwischen 80 und 90 Schlägen in der Minute. Am 1. Mai war das Befinden leidlich, so auch am 2. bis zum Nachmittage um 4 Uhr, wo wieder der Kopfschmerz in der alten Weise eintrat und die Nacht hindurch bis zum nächsten Morgen um 10 Uhr anhielt; die Temperatur steigerte sich dabei bis zu 31,3°, die Pulsfrequenz erhob sich auf 100. Am Vormittage des 3. Mai trat wieder starker Schweiss ein bis Abends 8 Uhr, unter grosser Erleichterung, gleichzeitig sank die Temperatur von 30,8° des Morgens bis auf 29,°,8 am Abend. In der Nacht steigerte sich der Kopfschmerz wieder stark, so dass kein Schlaf möglich war; die Temperatur betrug am Morgen des 4. 31°, die Pulsfrequenz 96 Schläge. Der Appetit war wieder ganz verschwunden, die Zunge war vorn geröthet, die Milz unbedeutend vergrössert, der Stuhlgang träge. (Acid. Muriat. mit Opium.) Der Schmerz liess Nachmittags 6 Uhr nach, die Temperatur sank allmählich gegen Abend auf 30,1°. Die Nacht war ziemlich gut, so auch der Morgen des 5. Mai, bis sich zwischen 10 und 11 Uhr des Vormittags der Kopfschmerz wieder einstellte. Die Temperatur erhob sich dabei allmählich auf 31,1°, der Puls machte nur 76 Schläge in der Minute. Obwohl die Temperatur Abends wieder auf 29,9° sank, so liess der Kopfschmerz nicht wesentlich nach, es erfolgte auch Abends einmal Erbrechen. Die Nacht war schlecht, der Kopfschmerz war auch am 6. Morgens noch vorhanden, auch hatte der Kranke noch Brechneigung; die Temperatur betrug nur 29,1°, der Puls war unregelmässig, bald langsam, bald schneller, der Kopf war gleichzeitig eingenommen, der Kranke klagte über Ohrensausen und Flimmern vor den Augen. Die Pupillen zeigten keine Veränderung. Der Appetit war wechselnd, der Stuhlgang erfolgte stets nur auf Klystiere. Nachmittags liess der Kopfschmerz nach, die Temperatur stieg den ganzen Tag nicht über 29,2°. In der Nacht schlief der Kranke

mehrere Stunden, hatte am 7. wenig Kopfschmerz, aber noch Eingenommenheit des Kopfes und Uebelkeit. Die Zunge wurde roth und glatt, der Puls machte 84 Schläge. Die Temperatur war 29,5° am Morgen, Mittags 30,1°, Abend 29,4°. Der Kopfschmerz stellte sich nicht ein, der Kranke schlief auch ziemlich gut in der Nacht; Erbrechen war nicht wieder eingetreten. In den nächsten Tagen blieb beim Fortgebrauch von Opium, von dem der Kranke etwa 3—4stündlich einen Gran erhielt, das Befinden leidlich. Die früheren längeren Anfälle von Kopfschmerz blieben aus, dieser trat nur selten und schnell vorübergehend auf, es zeigte sich etwas Appetit, die Nächte waren ruhig. Der Stuhlgang musste durch Infus. Sennae herbeigeführt werden. Das Bewusstsein des Kranken war frei, er zeigte in seinem Wesen keine besondere Reizbarkeit; Lähmungserscheinungen fehlten gänzlich. Die Temperatur erhob sich bisweilen auf 30,2°, war aber in der Regel nur 29,6°. Der Puls war in seiner Frequenz etwas wechselnd, sank nie unter die Norm und erhob sich selten über 90 Schläge in der Minute. Am 12. trat Nachmittags 2 Uhr wieder stärkerer Kopfschmerz ein und hielt bis nach Mitternacht an, doch war er nicht so heftig, wie in den früheren Anfällen, es war gleichzeitig etwas Schweiss zugegen. Die höchste Temperatur war dabei 30,4°. Am 13. trat kein Anfall wieder ein, die höchste Temperatur am Abende betrug nur 30,2°. Am 14. trat Abends bei einer Temperatursteigerung auf 31° wieder stärkerer Kopfschmerz ein und dauerte auch am 15. Morgens fort, aber in geringerem Grade; gegen Mittag steigerte er sich wieder, die Temperatur hob sich dabei auf 31,4°. Abends trat Remission ein und die Temperatur sank wieder auf 29,7°. Am 16. war das Befinden ziemlich gut, die Temperatur war Morgens 29,9°, Abends 30,2°. In der Nacht stellte sich wieder Kopfschmerz ein, am 17. Morgens schwitzte der Kranke ziemlich stark bei einer Temperatur von 29,7°. Nachmittags erbrach er einmal, hatte aber wenig Kopfschmerz. Die Temperatur erhob sich Abends auf 30,6°. Am 18. fühlte sich der Kranke nach einer ziemlich ruhigen Nacht sehr schwach; der Puls machte 100 Schläge, die Temperatur war 29,8°. Der Kopfschmerz war gering, doch war der Kopf eingenommen; der Kranke war muthlos. Die Temperatur stieg Abends auf 30,5°, ohne wesentliche Veränderung in dem Befinden. Am 19. klagte der Kranke über Schwindel und erbrach einmal, der Kopfschmerz hatte zugenommen; die Temperatur erhöhte sich an diesem Tage gar nicht. In der folgenden Nacht fehlte der Schlaf, der Schwindel dauerte fort, so auch der Kopfschmerz. Der Puls machte 88 Schläge in der Minute. Temperatur am 20. Morgens 29,5°, Abends 28,9°. Am 21. Morgens hatte der Kopfschmerz sehr zugenommen, die Temperatur war 29,7°, der Puls war auf 48 Schläge herabgesunken. Um 3 Uhr Nachmittags trat völlige Bewusstlosigkeit ein und Abends erfolgte der Tod. — Die Fistel am Alveolarrande war wiederholt gespalten worden und man hatte durch Anwendung

von Kali chloricum die übelriechende Absonderung zu verbessern gesucht. Trotz dessen hatte sie fortgefahren, blutigen, übelriechenden Eiter abzusondern. — Lähmungserscheinungen waren auch in den letzten Tagen nicht eingetreten.

Bei der 16 Stunden nach dem Tode gemachten Section war an dem etwas abgemagerten Körper die Farbe der Haut dunkel, die der Muskeln normal. Das Schädeldach war blutreich und dünn, die dura Mater sehr blutreich. Die Arachnoidea der Convexität war nicht getrübt, unter derselben sehr wenig Serum. Die pia Mater und Hirnsubstanz waren sehr blutreich, die Hirnwindungen abgeplattet, die Marksubstanz namentlich in der Nähe der Ventrikel zähe. Beide Ventrikel waren mit trübem Serum erfüllt und ausgedehnt, das Ependym war verdichtet, nur am Fornix erweicht. Unter dem Ependym des erweiterten vierten Ventrikels zeigten sich rundliche kleine Blutpuncte, wie das Microscop nachwies, von Ectasieen der Capillaren. Die Arachnoidea der Basis war getrübt; die pia Mater war hier, namentlich an den entwickelten Stellen, mit weissgelblichem Exsudate infiltrirt, welches sich nicht bis in die Fossa Sylvii erstreckte. Der Knochen und das Periost der Schädelbasis war nicht krank. — Die Lungen waren mässig blutreich ohne krankhafte Veränderung. — Unter dem Endocardium des linken Herzventrikels waren einige streifenförmige Ecchymosen, der Ventrikel war etwas hypertrophisch, die Klappen waren gesund. — Die Leber war blutreich, die Milz schlaff, etwas blass, mit eingestreuten dunkleren Flecken, die Nieren waren sehr blutreich, die linke etwas kleiner und eine ziemlich grosse Cyste enthaltend. Darmcanal nicht abnorm.

IV.

Ein 21jähriger Schlossergesell, schon seit mehreren Jahren in Hamburg, von kräftigem Körperbau, erkrankte am 14. Juni 1847 mit heftigem Kopfschmerz, Appetitmangel und allgemeiner Schwäche. Am 16. wurde er ins Krankenhaus aufgenommen. Der Kopfschmerz war sehr heftig und verhinderte ihn am Schlaf; beim Aufrichten bekam er starken Schwindel, er hatte dabei starkes Sausen vor den Ohren. Die Hauttemperatur war mässig erhöht, der Puls machte 100 Schläge in der Minute, der Appetit fehlte ganz, die Zunge war dick weisslich belegt, der Durst war stark, der Leib von natürlicher Beschaffenheit, der Stuhlgang etwas träge. Das Bewusstsein war frei. Nach 16 Schröpfköpfen erfolgte keine Erleichterung und der Kranke schlief nicht. Am 17. besserte sich das Befinden im Laufe des Tages etwas und es erfolgte in der nächsten Nacht etwas Schlaf. Am 18. trat aber der Kopfschmerz wieder mit grosser Heftigkeit auf, so dass die Gesichtszüge schmerzlich verzogen wurden. Starkes Nasenbluten erleichterte nicht. Die Haut

war heiss, der Puls wenig beschleunigt. Nach zwölf Blutigeln und mehreren Gaben Calomel erfolgte bedeutende Erleichterung, der Kranke schlief in der nächsten Nacht ruhig. Am 19. Morgens 8 Uhr trat der Kopfschmerz wieder mit der alten Heftigkeit ein und dauerte bis gegen Nachmittag; dabei war die Temperatur nicht erhöht, der Puls ruhig. Die Zunge blieb belegt, die Oeffnung erfolgte mehrmals. Am 20. trat der Kopfschmerz wieder um 8 Uhr mit derselben Heftigkeit ein, diesmal zeigte sich dabei gelindes Frösteln. (Salmiak mit Tartarus stibiatus.) Der Schmerz dauerte den ganzen Tag und die folgende Nacht fort, am 21. trat Nachlass ein. Dagegen kehrte der Kopfschmerz am 22. Morgens 8 Uhr wieder und liess gegen Abend nach. Am 23. trat der Kopfschmerz um 12 Uhr ein und hielt nicht nur diesen Tag, sondern auch die Nacht hindurch und den nächsten Tag an, wobei derselbe nur während einiger Stunden durch Schlaf unterbrochen wurde. Die Haut war dabei heiss, der Puls beschleunigt. Stuhlgang erfolgte nur nach Klystieren. Erneute örtliche Blutentziehungen blieben ohne Einfluss. Der Kranke erhielt jetzt Chinin. Der Zustand blieb jedoch unverändert bis zum 27., wo am Abend Nachlass der Schmerzen und dann ruhiger Schlaf eintrat. Dieser Nachlass dauerte in den nächsten Tagen fort. Der Kranke erhielt in dieser Zeit wieder Calomel mit Digitalis und ein Vesicans in den Nacken, doch ohne dass diese Verordnungen einen wesentlichen Einfluss ausgeübt zu haben scheinen, denn der Nachlass war schon vor der Verordnung eingetreten und ein vollständiges Verschwinden des Kopfschmerzes wurde nicht erreicht. Am 4. Juli zeigte sich Mercurialaffection des Mundes und es trat Erbrechen ein, doch scheint keine Steigerung des Kopfschmerzes dabei stattgefunden zu haben. Das Erbrechen wiederholte sich nicht. Am 8. Nachmittags trat wieder ein Anfall von Kopfschmerz ein, welcher gegen Morgen nachliess; dieser Anfall wiederholte sich am Nachmittage des 10. und hielt in verringertem Masse noch am 11. an. Am 12. Nachmittags traten Delirien und Unruhe ein, der Kranke schlief nur vorübergehend und stöhnte dann viel und knirschte mit den Zähnen. Am 13. lag er sehr unruhig und wühlte mit dem Hinterkopfe nach hinten. Der Kopf war kühl, der Puls klein und beschleunigt. Ein in den Nacken gelegtes Vesicator suchte der Kranke beständig abzureissen; auf Befragen klagte er über Nichts. Am 14. war das Bewusstsein etwas freier, der Kranke klagte über Kopfschmerzen, seufzte oft und knirschte häufig mit den Zähnen. Der Puls war klein und mässig frequent. Am 15. war das Bewusstsein frei, der Kranke lag ruhig, klagte aber über Kopfschmerz und Eingenommenheit des Kopfes. Nach einem Bade mit kalter Begiessung fühlte er sich besser, ward aber Abends wieder unruhig und warf sich viel hin und her. Es trat einigemal Erbrechen ein. In den nächsten Tagen war der Kranke ruhiger und freier, klagte auch wenig über den Kopf, hatte aber stets einen frequenten Puls. Am 20. Mittags trat wieder

starker Kopfschmerz mit Neigung zum Erbrechen ein, letztere hielt noch am 21. an, während der Kopfschmerz nachgelassen hatte. Am 22. klagte der Kranke über Schmerz im linken Ohre, aus welchem am 23. ein Ausfluss blutigen Eiters stattfand. Der Ausfluss hörte schon am 26. fast ganz auf. Am 25. trat einmal Erbrechen ein. Am 27. bekam der Kranke Singultus; der Puls ward beschleunigt, in der Nacht waren Delirien vorhanden. Der Kranke collabirte nun unter anhaltendem Singultus und bei sehr beschleunigtem, kleinen Pulse rasch. Das Bewusstsein schwand, das Schlingen wurde unmöglich. Der Tod erfolgte am Abend des 3. August.

Bei der 17 Stunden nach dem Tode gemachten Section zeigte sich der Körper ziemlich stark abgemagert; die Haut war etwas dunkel gefärbt. Die harte Hirnhaut war straff gespannt, ihre Gefässe mit Blut überfüllt. DieHirnwindungen erschienen abgeplattet, die Arachnoidea war nicht getrübt; unter derselben war wenig Wasser angesammelt. Die pia Mater und die Hirnsubstanz, deren Consistenz normal erschien, waren blutreich. Die Ventrikel waren bedeutend erweitert und mit klarer Flüssigkeit gefüllt, in den absteigenden Hörnern war die Flüssigkeit etwas getrübt und enthielt gelbliche Exsudatflocken. Das Ependym war von guter Consistenz, ohne Erweichung. Die Beschaffenheit der pia Mater an der Hirnbasis ist nicht notirt. — Die Lungen waren frei beweglich, ihr Gewebe war nicht erkrankt, nur in einem kleinen Abschnitte des rechten unteren Lappens im Zustande der rothen Hepatisation. Im Herzbeutel befand sich eine mässige Menge Wasser. Das Herz war von gewöhnlichen Dimensionen, die Klappen waren gesund, in den Höhlen waren einige feste Fibringerinnsel. — Der Befund der Bauchhöhle ergab keine bemerkenswerthe Veränderung, die Milz war nicht vergrössert.

V.

Ein 25jähriger Arbeitsmann wurde am 4. December 1845 ins Krankenhaus aufgenommen. Das Bewusstsein des Kranken war zwar soweit frei, dass er die Fragen über seinen Zustand richtig beantwortete, doch war er unfähig in brauchbarer Weise über den bisherigen Krankheitsverlauf zu berichten. Er wollte am 29. November erkrankt sein. Sein Colorit war gelblich, ohne deutlichen Icterus, die Muskelschwäche war gross, die Wangen waren geröthet, die Augen injicirt, der Puls war frequent und schnell, die Zunge feucht, schleimig belegt, an den Rändern geröthet, der Leib etwas aufgetrieben und gespannt, der Stuhlgang flüssig; bisweilen hustete der Kranke etwas. Seine vorzüglichste Klage war über Schmerz und Eingenommenheit des Kopfes. Sowohl des Nachts, als bei Tage delirirte der Kranke häufig vor sich hin. Die Krankheit wurde für Abdominaltyphus angesehen und demgemäss mit

zehngränigen Gaben Calomel, von denen zwei täglich gegeben wurden, behandelt. Nachdem dies drei Tage fortgesetzt war wurde der Puls ruhig, die Delirien hörten fast ganz auf, der Durchfall war mässig und das Bewusstsein frei. Die ursprüngliche Diagnose wurde festgehalten und demgemäss der Eingenommenheit des Kopfes und dem Kopfschmerz weniger Aufmerksamkeit geschenkt, so dass die Notizen des Kranken-Journals hierüber nur selten Angaben enthalten. Aus einzelnen Bemerkungen ersieht man indessen, dass für gewöhnlich keine irgend auffällige Hirnerscheinungen während mehrerer Tage eintraten. Der Kranke bekam am 10. gelinde Mercurialaffection des Mundes, gleichzeitig entwickelten sich die Erscheinungen des Lungencatarrhs stärker; die Oeffnung ward träge. Erst in der Nacht vom 13. auf den 14. December delirirte der Kranke wieder; das Fieber war stärker, die Zunge war roth und trocken, der Husten stark, der Kranke klagte über Schmerzen im Halse und auf der Brust, der Stuhl blieb träge. Am 15. war das Fieber wieder mässiger. Am 16. klagte der Kranke sehr über Kopfschmerz, die Augen waren geröthet, der Puls nur wenig beschleunigt, der Stuhlgang träge, der Husten noch stark. Nach kalten Umschlägen, einem Senfteig im Nacken und einem eröffnenden Mittel befand der Kranke sich am 17. besser, namentlich hatte der Kopfschmerz nachgelassen; der Puls war ganz ruhig. In der nächsten Nacht traten wieder Delirien ein, der Kranke war des Morgens etwas betäubt, sein Gesicht geröthet, der Puls war nur wenig beschleunigt. Er erhielt acht Blutigel an den Kopf, ohne dass diese den Zustand wesentlich veränderten. Er delirirte die folgende Nacht wieder, stöhnte dabei viel, antwortete auf Befragen stets richtig und hatte willkührliche Ausleerungen. Der Puls war ruhig, die Stuhlausleerung angehalten, der Leib weich, die Pupillen waren ziemlich weit, das Gesicht war geröthet, der Kranke hustete viel. Die nächste Nacht war der Kranke ruhiger, sonst blieb der Zustand wesentlich derselbe. Die Nacht auf den 21. delirirte der Kranke wieder mehr und stöhnte viel. In dieser Weise schleppte sich der Zustand mit nur geringen Veränderungen bis zum 28. fort. Auch an diesem Tage war weniger in den einzelnen Symptomen eine Veränderung eingetreten, als im Zustande im Allgemeinen, indem der Kranke merklich kraftloser wurde und die Pulsfrequenz zunahm. Am 29. wurden die Ausleerungen unwillkürlich und die Pulsfrequenz stieg auf 120 Schläge in der Minute, dabei war der Kranke im Zustande tiefer Betäubung und liess sich nur vorübergehend erwecken. Die Delirien waren nicht immer vorhanden, bisweilen war der Kranke ruhig. Er genoss wenig, trank aber doch häufig. Der Leib sank allmählich mehr ein, der Stuhlgang blieb träge, die Pulsfrequenz dauerte fort. Nachdem der Zustand des Kranken am Mittag des 2. Januar verhältnissmässig leidlich gewesen war, erfolgte in der Nacht der Tod. Von Lähmung der Augen- oder Gesichtsmuskeln,

sowie von Krämpfen findet sich keine Andeutung in der Krankengeschichte. Nach dem Aussetzen des Calomel hatte der Kranke Salzsäure, in der letzten Zeit mit Camphor gebraucht.

Bei der 36 Stunden nach dem Tode gemachten Section zeigte sich das Gehirn gespannt und beim Einschneiden von vermehrter Consistenz. In den ausgedehnten Seitenventrikeln befand sich eine beträchtliche Menge wasserheller Flüssigkeit. An der Basis des Gehirns war die pia Mater mit eitrigem, flüssigen Exsudat infiltrirt; diese Veränderung erstreckte sich von der Hypophysis bis zum kleinen Gehirn. — Die Lungen waren gesund die unteren Lappen blutreich, in den Bronchialverzweigungen war eitriger Schleim. — Das Herz zeigte keine Veränderung. — Die Leber war blutreich, sonst normal, die Milz zeigte keine Veränderung, ebensowenig die Nieren, die Magenschleimhaut war aufgewulstet und etwas geröthet, im Ileum zeigten sich keine auf Typhus zu beziehende Veränderungen, der Dickdarm war zusammengezogen und enthielt feste Kothballen.

VI.

Ein kräftig gebauter, mässig gut ernährter Maurergesell von 27 Jahren wurde am 8. Februar 1862 aufgenommen. Er hatte im eilften Lebensjahre an Kopfausschlag gelitten; im vierzehnten Jahre fiel er von einer ziemlich bedeutenden Höhe herab, war jedoch schon zwei Tage später wieder ganz wohl. In seinem achtzehnten Jahre litt er mehrere Wochen an Lungencatarrh und etwa 4 Jahre vor seiner Aufnahme an Lungenentzündung. Einige Zeit vor der Aufnahme bekam er eine Gonorrhoe, zu welcher sich eine Anschwellung der Leistendrüsen der rechten Seite gesellte. Er ward desshalb einige Tage lang bettlägerig und ging am 6. Februar wieder an die Arbeit. Er bekam jedoch sogleich heftigen Kopfschmerz, Frösteln und Appetitmangel, so dass er sich wieder ins Bett legen musste. Die anfangs vorhandene Stuhlverstopfung verwandelte sich in mässigen Durchfall. Der Schlaf war gestört und in der Nacht delirirte der Kranke. Bei der Aufnahme zeigte sich das Gesicht geröthet, die Lippen waren trocken, die Zunge war weissgelblich belegt, feucht, der Leib etwas eingefallen, die Milz mässig geschwollen. Die Untersuchung der Lungen ergab keine Abweichung, die Herzdämpfung war etwas vergrössert, der Puls ruhig, kräftig. Die Temperatur war 31,4°. Von der Gonorrhoe zeigte sich noch eine geringe Spur, ebenso war auch noch Anschwellung der rechten Leistendrüsen vorhanden. Der Urin enthielt kein Eiweiss. Der Kranke schlief schlecht und stöhnte viel, hatte einigemal flüssigen Stuhlgang. Am Morgen des 9. war die Temperatur 31,2°, der Puls machte 56 Schläge, es erfolgten 22 Athemzüge in der Minute, der Zustand des Kranken

war im Uebrigen nicht verändert; des Abends war die Temperatur 31,4°, bei 64 Pulsschlägen und 24 Athemzügen. In der folgenden Nacht delirirte der Kranke etwas und warf sich viel hin und her; dabei zuckte er viel mit den Muskeln des Gesichts und der Extremitäten. Bei Tage war sein Bewusstsein ganz frei, er klagte über Schmerz im Kopfe und Nacken, sowie im Rücken. Der Stuhlgang war flüssig, aber nur einmal erfolgt. Des Morgens war die Temperatur 31,4°, bei 54 Pulsschlägen und 24 Athemzügen, des Abends 31,6°, bei 60 Pulsschlägen und 22 Athemzügen. Die nächste Nacht war der Kranke ruhiger und schlief etwas. Die Temperatur war Morgens 30,8°, die Zahl der Pulsschläge 54, die der Athemzüge 24; das Befinden war im Ganzen besser. Die Temperatur am Abend war ebenfalls nnr 30,8°, bei 48 Pulsschlägen und 24 Athemzügen. Die folgende Nacht war wieder gut. Die Temperatur war Morgens auf 30,2° gesunken, die Zahl der Pulsschläge war 56, der Athemzüge 26. Der Kranke hatte etwas Appetit. Dabei klagte er noch über starken Schmerz im Hinterkopfe und im Nacken und vermochte namentlich nicht ohne Schmerz den Kopf nach vorn zu beugen. Am Abend stieg bei Zunahme des Schmerzes die Temperatur wieder auf 31,2°, ohne Veränderung der Pulsfrequenz. Eine örtliche Blutentziehung im Nacken hatte keinen Einfluss; der Kranke schlief unruhiger und zuckte dabei wieder viel mit den Gesichtsmuskeln. Die Temperatur war am 13. Morgens 30,6°, bei 56 Pulsschlägen und 26 Athemzügen. Der Schmerz im Hinterkopf und Nacken war noch stark, es wurde desshalb ein Vesicator gelegt. Am Abend war die Temperatur 31°, bei 64 Pulsschlägen und 16 Respirationen; es trat später Nachlass der Schmerzen ein und der Kranke schlief etwas besser; das Zucken in den Gesichtsmuskeln dauerte fort, auch zuckte der Kranke häufig mit dem ganzen Körper zusammen. Am 14. Morgens war die Temperatur 30,4°, bei 50 Pulsschlägen und 20 Athemzügen. Der Kopfschmerz dauerte fort, die Pupillen waren etwas weit, aber auf beiden Seiten gleich, das Bewusstsein war frei, Lähmungserscheinungen fehlten gänzlich. Am Abend stieg die Temperatur nur bis 30,8°, bei 54 Pulsschlägen und 26 Athemzügen. Der Kranke stöhnte und wimmerte in der Nacht viel und klagte auch am 15. noch über heftigen Kopfschmerz. Die Temperatur war am 16. Morgens 30,6°, bei 52 Pulsschlägen und 26 Athemzügen, am Abend betrug sie 30,8°, bei 56 Pulsschlägen und 26 Respirationen. Der Kopfschmerz dauerte in unverändertem Grade fort. Am 16. war das Befinden wieder besser, der Kranke hatte ruhiger geschlafen. Die Temperatur war Morgens 30,2°, bei 58 Pulsschlägen und 28 Athemzügen; das Befinden blieb an diesem Tage gut, auch die Nacht verlief günstig, obwohl am Abend die Temperatur auf 31° gestiegen war, bei 60 Pulsschlägen und 24 Athemzügen. Am 17. Morgens betrug die Temperatur 30,4°, bei 56 Pulsschlägen und 24 Athemzügen, der Kranke fühlte sich erleichtert und

hatte etwas Appetit. Am Abend stieg die Temperatur wieder auf 31°, bei 68 Pulsschlägen und 28 Athemzügen. Der Kranke klagte indessen nur wenig über Kopfschmerz und war auch die Nacht ruhig. Am 19. war Morgens die Temperatur 30°, bei 60 Pulsschlägen und 26 Athemzügen; am Abend war die Temperatur 30,6°, der Puls machte 76 Schläge bei 28 Athemzügen. Am 20. trat wieder Kopfschmerz ein, die Temperatur war am Morgen 30°, bei 66 Pulsschlägen und 21 Respirationen; am Abend war die Temperatur 30,6°, die Zahl der Pulsschläge 64, die der Athemzüge 22. Der Kopfschmerz dauerte auch am 21. in mässigem Grade fort, der Kranke klagte über Schwindel und Uebelkeit beim Aufrichten, der Stuhlgang war gewöhnlich etwas träge, erfolgte aber leicht auf Klystiere, der Appetit war mässig; in dem übrigen Befinden war keine Veränderung eingetreten. Die Temperatur war am Morgen zum erstenmal auf 29,8 gesunken, die Zahl der Pulsschläge war 70, die der Athemzüge 22. Am Abend erhob sich die Temperatur auf 30,4°, bei 76 Pulsschlägen und 26 Athemzügen. Der Zustand blieb sich jetzt im Wesentlichen immer gleich; der Kopfschmerz war beständig vorhanden und steigerte sich bisweilen heftig, das Bewusstsein war frei und es fehlten alle Lähmungserscheinungen, der Appetit war mässig, der Stuhlgang etwas träge. Die Temperatur war Morgens normal und erhob sich Abends nur unbedeutend, die Pulsfrequenz war jetzt auch normal und schwankte zwischen 66 und 80 Schlägen in der Minute. Gegen den 28. zeigte sich immer des Abends eine Verschlimmerung des Kopfschmerzes, wesshalb Chinin gegeben wurde, doch hatte ein mehrtägiger Gebrauch dieses Mittels keinen Einfluss. Mitunter delirirte der Kranke in der Nacht etwas, häufiger sprach er im Schlafe und zuckte dann auch noch mit den Gesichtsmuskeln. Am 1. März war der Kopfschmerz so stark, dass der Kranke wimmerte und stöhnte, die Temperatur zeigte am Morgen 30°, während sie sonst immer Morgens niedriger gewesen war und auch später so blieb. Am 2. war nach einer ruhigen Nacht auch wieder Tags über der Kopfschmerz heftig, doch ohne Temperaturerhöhung. In den folgenden Tagen traten keine heftigeren Exacerbationen ein, doch blieb der Kopfschmerz und der Schwindel beim Aufrichten stets in mässigem Grade vorhanden. In dem sonstigen Befinden änderte sich nichts, der Kranke magerte nicht ab und ass auch beständig etwas. Am 11. März erfolgte einmal von selbst Nasenbluten mit vorübergehender Erleichterung. Es sollte dem Kranken ein Haarseil in den Nacken gelegt werden, doch bat er um Aufschub, da er bald das Krankenhaus verlassen wollte. Er zwang sich desshalb, Tags über länger ausserhalb des Bettes zu sein; da jedoch die von ihm gehoffte Besserung nicht eintrat, so liess er sich das Haarseil legen. Nachdem dies einige Tage geeitert hatte, zeigte sich allmählich Abnahme des Kopfschmerzes und des Schwindels. Die Besserung nahm zu, obwohl die Beschwerden sich nicht gänzlich ver-

loren. Der Kranke war jetzt fast beständig ausserhalb des Bettes und ass gehörig. Am 25. April forderte er seine Entlassung.

Die Anamnese wies in sämmtlichen hier beschriebenen Fällen auf einen plötzlichen Eintritt der Krankheit hin, ohne dass die Constitution der Kranken vorher durch anderweitige Krankheiten geschwächt gewesen wäre. Die Beschaffenheit des Ependym's der Gehirnventrikel lässt indess die Vermuthung zu, dass hier schon früher irritative Processe stattgefunden haben könnten. Ueber die Zeit und die Art des Eintrittes, wie des Verlaufs derselben bleibt man jedoch ganz im Unklaren, denn es kann sich hier sowohl um Residuen einer entzündlichen Gehirnaffection in früher Kindheit, als um spätere, vielleicht öfter wiederholte, leichtere Erkrankungen, oder um einen ganz schleichenden chronischen Process handeln. Die Symptome derartiger Erkrankungen sind gewiss oft so unbestimmt und undeutlich, dass sie ihrer Natur und Bedeutung nach nicht erkannt werden und ganz aus der Erinnerung der Kranken verschwinden. Wie schon erwähnt, ist auch der Zustand der Kranken bei der letzten Erkrankung gewöhnlich nicht der Art, dass man zuverlässige Auskunft über ihr Befinden in früherer Zeit erhalten kann. Es ist aber auch keineswegs ausgeschlossen, dass die Veränderungen des Ependyms erst in der letzten Erkrankung stattgefunden haben. Denn der Verlauf war in allen Fällen schleppend, der kürzeste Verlauf war in dreiundzwanzig Tagen, bei mehreren erstreckte er sich über zwei Monate. Wir können aus den Symptomen auch keinen Schluss ziehen, ob diejenigen Entzündungsproducte, welche auf eine raschere Entstehung hinweisen, gleich beim Beginn der letzten Erkrankung oder erst gegen Ende derselben gebildet wurden. Das Bild der Krankheit weist uns auf die Annahme rasch folgender neuer Entzündungsprocesse hin, wie sie die meisten, sogenannten chronischen Entzündungen characterisiren, ein continuirliches Fortschreiten oder ein Verlauf, der zu der Annahme verschiedener Stadien berechtigte, ist aber nicht zu bemerken. Die Temperatur zeigte sich in den Fällen, wo sie mit dem Thermometer gemessen wurde, fast durchgehends etwas erhöht, aber im Allgemeinen in geringem Grade, oft kaum über die Norm, nur kurze Zeit und in Form von unregelmässigen Exacerbationen eine grössere Höhe erreichend. In den meisten der hier mitgetheilten Fälle nahmen die Exacerbationen und

Remissionen fast den intermittirenden Character an, doch ohne regulären Typus. Die Intermittens ähnlichen Anfälle veranlassten daher auch in mehreren derselben zur Anwendung des Chinin. Ganz genau stimmte übrigens die grösste Heftigkeit der übrigen Krankheiterscheinungen nicht mit der grössten Temperaturerhöhung. Der Puls war häufig etwas beschleunigt, doch nur wenig, bisweilen von normaler Frequenz, nie aber retardirt, mit Ausnahme eines Falles, wo anfangs ein starkes Infusum Digitalis gegeben war; hier wurde aber die Wirkung später wieder ausgeglichen und der Puls stieg wieder auf die normale Frequenz. In allen Fällen war starker Kopfschmerz zugegen, welcher in heftigen und oft lange dauernden Anfällen auftrat. Der Schmerz erreichte mitunter eine solche Heftigkeit, dass starke Gaben Morphium nöthig wurden, um dem verzweiflungsvollen Kranken Linderung zu verschaffen. Den Anfällen von Kopfschmerz gingen die Exacerbationen des Fiebers häufig parallel, aber nicht immer genau. Erbrechen war nicht immer vorhanden und auch dann nur selten und unregelmässig, ebenso Uebelkeit beim Aufrichten. Störungen des Sehvermögens waren nicht vorhanden, nur in dem letzten, günstig verlaufenen Falle klagte der Kranke über Schwäche der Augen, ohne dass die ophthalmoscopische Untersuchung ausser Anfüllung der Venen der Retina etwas Bemerkenswerthes ergeben hätten. Das Gehör war in einem Falle stark beeinträchtigt, zeigte sich aber abwechselnd wieder besser. Die Pupillen waren in der Regel etwas erweitert und gleich weit, in einem Falle trat kurz vor dem Tode Erweiterung der einen Pupille ein; in einem anderen Falle waren vorübergehend die Pupillen verengt, die Conjunctiva injicirt und mit Schleim bedeckt, während der Kranke ganz bewusstlos da lag. Die Intelligenz war in vielen Fällen gestört, meist nur vorübergehend, wo entweder Sopor oder Delirien zugegen waren, während ganz freie Zwischenräume vorhanden zu sein schienen; eine gewisse Beschränktheit war wohl immer vorhanden; die geistige Thätigkeit wurde schon durch den Kopfschmerz und die Schwäche der Kranken behindert, anderntheils gab sich die Abnahme der Geisteskräfte durch das Benehmen und die Ausdrucksweise der Kranken kund, man würde sie auch unzweifelhaft deutlicher wahrgenommen haben, wenn man den kleinen Horizont, in welchem sich das Krankenexamen zu bewegen pflegt, überschritten hätte. Innerhalb dieses Kreises war die Intelligenz in

der Regel frei, so dass die Kranken über ihren Zustand gehörige Auskunft geben konnten. Der geistige Zustand zeigte sich im Ganzen ebenso schwankend, wie die wesentlichen anderen Krankheitserscheinungen, nur waren die Schwankungen bedeutend geringer. Krämpfe und Lähmungen fehlten nicht ganz, traten aber im Krankheitsbilde sehr in den Hintergrund; auch hier liess sich der Wechsel in den Symptomen bemerken, welcher in allen Fällen beobachtet wurde. Allgemeine Convulsionen beobachtete ich nur in dem schon früher beschriebenen Falle, sonst nur Zucken in den einzelnen Muskelgruppen, öfters starkes Zähneknirschen. Krampf der Nackenmuskeln war in einigen Fällen ziemlich anhaltend vorhanden. Stuhlverstopfung und Eingesunkenheit des Leibes waren in der Regel, namentlich im weiteren Verlaufe des Falles zugegen, die muldenförmige Austiefung des Leibes war einigemal sehr characteristisch. Die Beschaffenheit des Urins wurde nicht genau geprüft, nur das Fehlen des Eiweisses in einigen Fällen constatirt. — Die Respirationsorgane wurden nur ganz kurze Zeit vor dem tödtlichen Ausgange ergriffen, indem sich die gewöhnliche terminale Bronehopneumonie ausbildete.

Es geht aus der Betrachtung der einzelnen Fälle hervor, dass eine Diagnose in solchen Fällen erst nach Verlauf einiger Zeit mit einiger Sicherheit gestellt werden kann, dass daher rasche und zugleich günstig verlaufende Fälle sich der Diagnose entziehen. Desshalb ist in Beziehung auf die Therapie wenig Brauchbares zu sagen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass eine gleich im Beginne des Uebels eingeleitete und hinreichend lange durchgeführte Behandlung durch Säfteentziehung bei Abhaltung von Schädlichkeiten bei kräftigen und sonst gesunden Individuen eine gründliche Heilung herbeiführen würde, da man aber gerade beim Beginn des Uebels in seiner Diagnose sehr irren kann und kein Symptom einen brauchbaren Anhaltspunkt für das Maass und die Dauer der entziehenden Behandlung abgiebt, so wird man häufig zu spät und vielleicht auch mitunter nicht energisch genug verfahren, zumal da schwächende Einflüsse unter Umständen wieder eine Reihe von Gehirnsymptomen herbeiführen, welche leicht mit den ursprünglichen Krankheitserscheinungen verwechselt werden können. Ableitungen durch Vesicantien scheinen wenig Einfluss zu haben, vielleicht würden stärkere Ableitungen durch Fontanellen oder Haarseil mehr wirken, da

man von diesen bei chronischen Hirnkrankheiten oft einen, wenn auch nicht immer dauernden, überraschenden Erfolg sieht, doch muss dies dahingestellt bleiben. In den angeführten Fällen war die Anwendung einmal erfolglos, das anderemal wurde erst spät, als die Krankheit schon von ihrer Intensität eingebüsst hatte, zu derselben geschritten und der endliche Erfolg ist nicht vollständig beobachtet.. Es ist hier auch der Verlauf der erwähnten Fälle für die Therapie hinderlich, da derselbe weder ganz acut noch ganz chronisch ist, vielmehr von beiden Formen etwas hat. Die Darreichung des Chinin war jedesmal erfolglos, man wird trotz dessen, wegen der immer wieder auftauchenden Symptome, nach anscheinend ganz freien Zwischenräumen, leicht in ähnlichen Fällen zu diesem Mittel greifen. Das Opium war in den meisten der von mir angeführten Fällen wegen der heftigen Schmerzen nicht zu entbehren, man kommt überhaupt immer mehr von dem Vorurtheil gegen dieses Mittel bei Hirnkrankheiten zurück und lernt dafür dessen Anwendungsweise besser kennen. Anderweitige innere Mittel scheinen von geringem Einfluss; vor dem Quecksilber, welches entschieden nachtheilig auf die Constitution wirkt, wenn auch nicht so anhaltend, wie Viele fürchten, dessen Wirksamkeit zur Beschleunigung des Stoffwechsels noch nicht so feststeht, würde das Jodkali, welches den letzteren stark anregt und anderntheils schnell wieder aus dem Organismus verschwindet den Vorzug verdienen, wenn seine Wirksamkeit gegen Exsudationen, wie sie hier vorhanden sind, anderweitig bewährt wäre. Wer derartige Fälle, wie ich sie hier beschrieben habe, selbst zur Behandlung bekommt, wird übrigens die Erfahrung machen, in welcher Verlegenheit man sich bei dem schleppenden Verlauf eines Uebels befindet, welches fast fortwährend als heilbar angesehen werden muss, gegen welches sich aber die ganze Reihe der angewandten Mittel erfolglos erweist, ja zum Theil ganz ohne den geringsten Einfluss zu sein scheint.

Einige Fälle von Embolie und Thrombose der Pfortader.

Es ist im gegenwärtigen Augenblicke noch immer nicht überflüssig, die Lehre von der Thrombose und Embolie durch casuistische Mittheilungen befestigen zu helfen. Virchow hat allerdings gleich von Anfang her die wesentlichen Punete der Geschichte der Embolie und Thrombose so vollständig und genau festgestellt, dass späteren Forschern nur secundäre Fragen zu ermitteln übrig blieben, allein der Widerstand gegen die rein mechanische Auffassungsweise der pathologischen Processe im Allgemeinen und dieses insbesondere dauert noch immer fort und zwar auch bei Männern, welche im Uebrigen dem Fortschritte nicht fremd sind, vielmehr selbst zu den thätigen Beförderern desselben gezählt werden. Die grosse Wichtigkeit der Entdeckung der Embolie liegt aber gerade in der Rückwirkung derselben auf die pathologische Physiologie im Allgemeinen, weil in dieser die mechanische und exacte Anschauungsweise bis jetzt noch so wenig zur Geltung gekommen ist. Der thatsächliche Nachweis der Thrombose und Embolie hat im einzelnen Falle häufig besondere Schwierigkeiten und ist namentlich sehr zeitraubend, er erfordert nicht selten die Ausdauer, welche nur die feste Ueberzeugung von der Richtigkeit der Lehre zu gewähren vermag; es ist daher nicht so sehr zu verwundern, wenn bei vielen Aerzten noch Zweifel, wenn auch nicht an dem thatsächlichen Vorkommen der Embolie, doch an ihrer grossen Bedeutung und namentlich an ihrer Häufigkeit und Verbreitung bestehen. Dieser Widerstand weicht nur allmählich der zwingenden Gewalt der Thatsachen. Für einzelne Abschnitte des Gefässsystems sind diese in solcher Menge herbeigeschafft, dass ihre Anerkennung fast eine allgemeine geworden ist, in anderen dagegen wird der neuen Lehre das Gebiet noch vielfach streitig gemacht. Zu dieser gehört das Gefässsystem der Leber, welches durch seine Anordnung für die Untersuchung auch besondere Schwierigkeiten

darbietet. Der Zusammenhang der hier beobachteten Abscesse mit Embolie ist nur theilweise unzweifelhaft festgetellt. Aber auch für die am Genauesten bekannte Form derselben, für die Thrombose und Embolie der Pfortader, fehlt es noch an genügenden Beobachtungen über die Häufigkeit derselben und ihren Zusammenhang mit entfernter liegenden Krankheitsheerden. Ich glaube z. B. dass, trotz der dagegen angeführten Gründe dennoch in späterer Zeit die häufige Abhängigkeit der Leberabscesse von dysenterischen Geschwüren des Darmcanals thatsächlich festgestellt werden wird. Negative Befunde haben bei dieser Frage nicht den Werth, welchen man ihnen beizumessen pflegt, denn einmal sind die erforderlichen Untersuchungen bei den Sectionen durchaus nicht immer leicht, im Gegentheil oft sehr schwer und namentlich ermüdend und zeitraubend, andererseits ist es sehr wohl möglich, dass die ursprüngliche Erkrankung des Darms gar nicht in directem Zusammenhange mit der Lebererkrankung steht, wohl aber indirect zu derselben Veranlassung gegeben hat. Es kommt hier nämlich, ebenso wie man es an anderen Stellen beobachtet, bisweilen in den Lymphdrüsen, hier des Mesenterium und Mesocolon, zu einer Vereiterung, ohne dass Spuren von der früher erkrankten Darmschleimhaut bis zu dieser führen. Ein solcher Heerd kann leicht übersehen werden, namentlich, wenn nicht ausdrücklich nach demselben geforscht wird. Ebenso werden kleine umschriebene peritonitische Heerde gewiss bisweilen nicht beachtet und man darf nicht vergessen, dass der Weg welchen ein kleiner, aber verderblicher Embolus genommen hat, keineswegs immer durch besondere, bleibende Veränderungen angedeutet ist. Mit der Zunahme sorgfältiger Beobachtungen hat das Gebiet der früher so allgemein angenommenen idiopathischen, acuten, suppurativen Hepatitis bisher immer grössere Einschränkungen erlitten, dagegen haben sich die Fälle, wo Leberabscesse nachweisbar durch Embolie in die Pfortaderäste entstanden waren, gemehrt. Ebenso kommt man jetzt von der früheren Ansicht des Vorkommens einer primären, selbstständigen Entzündung der Pfortader zurück, nachdem man gelernt hat, die secundäre Entzündung der Gefässhaut von der sie bedingenden Thrombose und Embolie zu trennen.

Die veranlassenden Momente zur Thrombose und Embolie der Pfortader sind mannigfacher Art. Bisweilen wird der Stamm direct und zuerst ergriffen; so bei fremden Körpern, welche die

Pfortader durchbohren, oder in Folge von Entzündungsheerden in der Nähe des Pfortaderstammes. Ich habe einen hierher gehörigen Fall im 16. Bande von Virchow's Archiv veröffentlicht, wo ein verjauchendes Cancroid des Oesophagus sich einen Weg hinter den Magen gebahnt hatte und hier die Pfortader durchbohrte; es entstanden embolische Heerde in der Leber mit eitrigem Zerfall des Parenchym's. In einem anderen Falle, welcher früher im Krankenhause beobachtet wurde, scheint ein verjauchender Echinococcussack, ein anderesmal ein perinephritischer Abscess der rechten Seite bis zur Pfortader gedrungen zu sein und so embolische Ablagerungen in der Leber veranlasst zu haben. Leider vermisst man in dem Sectionsbefunde dieser beiden Fälle genaue Angaben über den directen Zusammenhang der Pfortadererkrankung mit dem nahegelegenen Eiterheerde. — In einzelnen Fällen wurde Thrombose und Embolie der Pfortader in Folge von Erkrankung der Milz beobachtet; ich selbst fand im Jahre 1863 bei einem jungen Matrosen, welcher in Folge von einem in Sierra Leone überstandenen Fieber einen grossen Milztumor mit den Ueberresten von Fibrininfarcten hatte, einen wandständigen Thrombus in der Pfortader, doch ohne weitere Ablagerungen in der Leber. — Die bei weitem häufigste Veranlassung geben wohl Eiterheerde ab, welche in das Mesenterium und Mesocolon dringen. Hierher gehören die chronischen dysenterischen Geschwüre, wenn sie sinuöse Vereiterungen in den verdickten Darmhäuten zur Folge haben, ferner Geschwüre in Folge von Abdominaltyphus oder Vereiterungen von Mesenterialdrüsen durch Necrosirung der typhösen Infiltration, namentlich auch umschriebene peritonitische Heerde in Folge von Durchbohrung des Wurmfortsatzes. Diese letzteren bilden eine verhältnissmässig häufige Ursache der Pfortaderembolien. Die Heerde sind oft sehr klein und können bei der Section leicht übersehen werden, zumal der peritonitische Anfall, dessen Ueberreste sie sind, gewöhnlich schon längere Zeit vor Entstehung der Embolie ganz vorübergegangen zu sein schien und von den Kranken gar nicht mit der letzten Krankheit in Zusammenhang gebracht wird. Die Thrombusbildung scheint in solchen Fällen in den Mesenterialvenen langsam nach aufwärts sich zu verbreiten, während zu gleicher Zeit sich eine Entzündung der Venenhäute ausbildet und der Pfropf allmählich zerfällt. Dieser Vorgang geht gewöhnlich ohne bemerkenswerthe Störungen des Befindens vor sich, bis die Pfropf-

bildung den Stamm der Pfortader erreicht hat und nun durch Ablösung von Thrombusstücken Embolieen in die Leberäste der Pfortader entstehen. Hier erzeugen die fortgerissenen Fragmente des Pfropfes durch ihre Vermischung mit zersetzten Stoffen wieder den Zerfall der neugebildeten Gerinnsel, secundäre Entzündung der Venenwandung und Vereiterung des anliegenden Parenchyms. Hierdurch werden nun die heftigen Erscheinungen hervorgerufen, welche die Abscessbildung in der Leber zu begleiten pflegen. Man hat diese Fälle als suppurative Pfortaderentzündung besonders unterschieden; die Vereiterung des Leberparenchym's giebt ihnen allerdings ein ganz besonderes Gepräge, dennoch sollte man jene Bezeichnung vermeiden, weil sie zu einer irrigen Auffassung des ganzen Herganges Veranlassung giebt. Die Thrombose und Embolie sind das Primäre, die Entzündung der Venenhaut und die Vereiterung des Leberparenchym's entstehen secundär. Der Thrombus kann in sonst ganz analogen Fällen ebensowohl den Zerfall eingehen und es können Stücke von ihm fortgerissen werden, als er auch ganz unversehrt bleiben oder allmählich eine unschädliche Metamorphose eingehen kann; die klinische Bedeutung ist in beiden Fällen zwar verschieden, die Natur des ursprünglichen Processes bleibt aber darum doch dieselbe. —

Die einfache von Embolie unabhängige Thrombose der Pfortader, ohne Abscessbildung, aber mit Ascites und Blutung der Magen- und Darmschleimhaut einhergehend, wird gewöhnlich bei Schrumpfung der Leber angetroffen und allgemein von dem Untergange vieler capillarer Verästelungen der Pfortader abgeleitet. Es bleibt bei dieser Ansicht jedoch noch Einiges unaufgeklärt, namentlich die verhältnissmässige Seltenheit dieser Fälle bei der Häufigkeit der Bedingungen für ihre Entstehung. Zwei Fälle, welche in früheren Jahren im hiesigen Krankenhause beobachtet wurden und ganz hierher zu gehören scheinen, haben in mir die Vermuthung hervorgebracht, es möge, wenigstens in einigen derartigen Fällen von Pfortaderobstruction, die Thrombusbildung nicht von den Capillaren der Leber begonnen haben, sondern ähnlich wie in den zur Abscessbildung führenden Fällen, von unten her aufwärts gestiegen sein. Ich theile beide Fälle mit; sie sind nicht hinreichend genau beobachtet, um für oder gegen meine Vermuthung etwas beweisen zu können, aber sie geben, meiner Ansicht nach, Anhaltspuncte genug, um bei ähnlichen Fällen

künftig sorgfältiger nach einem Ausgangspuncte ausserhalb der Leber für die Thrombenbildung zu forschen. Eigenthümlich sind die bei der einfach obturirenden Pfortaderthrombose vorkommenden Blutungen, da man denken sollte, der venöse Strom in den Mesenterialgefässen liesse keine so plötzliche Steigerung des Drucks zu, um bei verstopfter Pfortader starke Blutentleerungen aus der Schleimhaut des Darmcanals zu veranlassen, denn für allmählichen Druck giebt es hier gerade durch die Communication mit den Venenästen der unteren Hohlader hinreichende Auswege. In dieser Beziehung ist die Beobachtung von Goltz über den Tonus der Venen von Wichtigkeit, da sie zeigt, dass der Grad der Erweiterung oder Contraction der venösen Gefässe des Unterleibes unter Umständen auf gewisse Anlässe bedeutenden und raschen Schwankungen unterworfen ist, deren Wirkung eine sehr beträchtliche sein kann. Durch plötzliche Contraction der Mesenterialvenen erklärt sich auch wohl der schnelle Eintritt und die rasche Verbreitung der Gerinnung, so wie die stossweise erfolgenden Verschlimmerungen. Im zweiten Hefte meiner klinischen Mittheilungen (1859, P. 136) habe ich einen Fall mitgetheilt, wo bei einem alten Manne mit marastischer Atrophie der Leber ganz plötzlich unter den Erscheinungen des grössten Collapsus eine verbreitete Blutgerinnung in der Pfortader und eine beträchtliche Darmblutung stattfand und in kurzer Zeit den Tod herbeiführte.

I.

Embolie der Pfortader, von einem alten Entzündungsheerde der Umgebung des Processus vermiformis ausgehend. Tod nach 38 Tagen.

Ein 20jähriger Porzellanarbeiter erkältete sich am 1. Januar 1851 und bekam Tags darauf einen heftigen Schüttelfrost mit lebhaften Schmerzen im Leibe, namentlich in der Lebergegend, und Erbrechen. Er blieb seitdem leidend, hatte beständig Leibschmerzen, Appetitmangel und starken Durst. Der Schüttelfrost wiederholte sich zweimal heftig, sonst litt der Kranke nur an unregelmässig eintretendem Frösteln. Am 15. Januar liess er sich ins Krankenhaus aufnehmen. Der Kranke hatte eine starke icterische Hautfärbung, eine braune trockene Zunge, mässig erhöhte Hauttemperatur, ziemlich ruhigen Puls; der Leib war aufgetrieben, in der Magengegend, namentlich an deren rechter Seite gespannt

und beim Druck sehr empfindlich, auch war hier der Percussionston gedämpft, während sonst überall am Leibe tympanitischer Ton zu hören war. Die Leber ragte nicht über den Rippenrand hervor. Der Urin enthielt Gallenfarbstoff, die Stuhlausleerung war flüssig. Schon am Morgen nach der Aufnahme stellte sich ein Schüttelfrost ein und seit der Zeit erfolgten bis zum Tode in unregelmässiger Weise beständig neue Frostanfälle. Die Empfindlichkeit der Magengegend steigerte sich unter Verbreitung der gedämpften Stelle in den ersten Tagen seines Aufenthaltes im Krankenhause, dann nahm der Schmerz gegen Druck sehr ab, der Icterus schwand, dagegen zeigte sich Vermehrung des Durchfalls, zu welchem sich Tenesmus und Blutabgang gesellte, und zunehmende Vergrösserung der Milz. Der Appetit hob sich nicht, der Kranke bekam Husten mit chocoladefarbigem Auswurf und brandige Stellen vom Aufliegen, die Kräfte sanken immer mehr und am 7. Febr. erfolgte der Tod.

Der Körper war bei der Section sehr abgemagert, die Haut schmutzig gelb gefärbt, die Muskeln dunkelroth. Die pia Mater war blutreich, die Arachnoidea etwas mit gelblichem Serum unterlaufen, die Hirnsubstanz zähe, in den Ventrikeln wenig Wasser. — Der rechte untere Lungenlappen war mit einer dünnen weichen Exsudatschicht leicht verklebt, zeigte auf der Schnittfläche zahlreiche lobuläre, graue Hepatisationen, der obere Lappen war serös infiltrirt, Die linke Lunge war an einzelnen Stellen mit der Brustwand verwachsen, im unteren Lappen befand sich ein grosser, dunkler, keilförmiger Blutinfarct. — Im Herzbeutel war etwas Serum; das Herz war gross und schlaff, enthielt viel feuchte, blassgelbe Faserstoffgerinnsel. — Die Leber war von gewöhnlicher Grösse und von dunkelbrauner Farbe, man sah schon von Aussen zahlreiche Abscesse durchschimmern; sie zeigte sich von Abscessen der verschiedensten Grösse förmlich durchlöchert, deren Inhalt meist gelber Eiter war, nur an wenigen Stellen mit etwas Galle vermischt. Die Pfortader und ihre Aeste, soweit sie in der Leber verfolgt wurden, waren ganz mit eiterähnlicher Masse erfüllt, welche sich vom Stamm der Pfortader bis in die Venen des Mesenterium erstreckte. Wo man das Mesenterium einschnitt, quoll der Eiter, wie aus einem Schwamme hervor. Das Coecum in der Nähe des Wurmfortsatzes war schiefergrau gefärbt, der Wurmfortsatz selbst abnorm befestigt und in neugebildetem schiefergrau gefärbten Zellgewebe gebettet. In seinem Verlaufe war derselbe etwas geknickt und hier fand sich eine Continuitätstrennung, welche durch eine fettähnliche Masse, wie durch einen Pfropf, verschlossen war. Das obere Ende war an der Abgangsstelle vom Coecum sehr verengt, fast obliterirt, das blinde Ende enthielt etwas Schleim. — Die Milz war beträchtlich vergrössert, sehr mürbe, theils dunkler, theils heller roth gefärbt, aber ohne Infarcte. In der Milzvene war kein

Thrombus. — Die Nieren waren etwas vergrössert und blutreich. — Im ganzen Colon bis zum Rectum hinab war die Schleimhaut gewulstet, braunroth und, namentlich auf den Falten mit croupösem Exsudate bedeckt. Diese Affection war um so stärker entwickelt, je näher man dem Rectum kam.

II.

Embolie der Pfortader, von einer vereiterten Lymphdrüse in der Nähe des Wurmfortsatzes ausgehend. Tod nach 30 Tagen.

Am 6. Mai 1852 wurde ein 28jähriger Schreiber ins Krankenhaus aufgenommen. Er war um Ostern von Leibschmerz und Durchfall befallen und hatte damals Blutigel in die Gegend des Coecum erhalten; seitdem war er fortwährend leidend, hatte beständig Leibschmerzen und Durchfall gehabt und jetzt seit 14 Tagen unregelmässige Frostanfälle bekommen, welche bisweilen mehrmals täglich eintraten. Er war abgemagert, von bleicher, nicht icterischer Hautfarbe, hatte eine schmutzig belegte, am Rande geröthete Zunge und aufgelockertes Zahnfleisch in Folge von genommenem Quecksilber. Der Leib war voll, aber weich, beim Druck im Allgemeinen nur wenig empfindlich, im Epigastrium dagegen etwas gespannt und beim Druck sehr empfindlich. Die Leber liess mit Ausnahme des linken Lappens keine Vergrösserung wahrnehmen, die Milz war ziemlich stark geschwollen und am Rippenrande fühlbar; die Stuhlausleerungen waren häufig und flüssig. Rechts hinten am Thorax war der Percussionston etwas gedämpft, das Respirationsgeräusch schwach und nur bei tiefer Inspiration vernehmbar; der Kranke hatte vor 2 Jahren eine Brustentzündung überstanden. Sonst zeigte sich an den Brustorganen keine Abweichung. Der Kranke fieberte beständig, von Zeit zu Zeit traten in ganz unregelmässiger Folge Schüttelfröste ein. Bei fortwährendem Durchfall und Appetitmangel sanken die Kräfte rasch; das Epigastrium ward nach und nach mehr gespannt und schmerzhaft, der Leberrand trat deutlich fühlbar hervor, in den letzten Lebenstagen ward der Leib bei der Berührung sehr empfindlich. Der Tod erfolgte am 22. Mai.

An der sehr abgemagerten Leiche waren die Hautdecken nicht icterisch gefärbt. Die pia Mater war mässig blutreich, das Gehirn war blass und weich, in den Ventrikeln nur die gewöhnliche Menge Flüssigkeit. — Die rechte Lunge war durch festes Bindegewebe mit der Rippenwand verwachsen, sonst aber gesund, die linke Lunge war ohne Adhäsionen, der obere Lappen nicht verändert, der untere im Zustande der rothen Hepatisation, das Herz war schlaff, enthielt viel Blut und einige Faserstoffgerinnsel. — Die Darmschlingen waren mit dem

grossen Netze und der vorderen Peritonaealfläche locker verklebt, das grosse Netz war mit einem Zipfel an den Eingang des rechten Leistencanals geheftet. Zwischen den Darmschlingen befand sich gelbes, flüssiges Exsudat, die Leber war mit dem Zwerchfell verklebt, beim Lösen der Adhäsion wurden mehrere oberflächlich gelegene Abscesse der Leber geöffnet. es fanden sich eine grosse Menge kleinerer und grösserer Abscesse im Leberparenchym zerstreut, in denselben war rahmartiger Eiter und an mehreren Stellen Trümmer des Leberparenchyms. An einigen Stellen fand man im ziemlich gut erhaltenen, nur schmutzig braun gefärbten Lebergewebe dicht neben einander eine grosse Menge mit Eiter gefüllter Oeffnungen, welche zu Pfortaderästen führten. Der Stamm der Pfortader war ganz mit dickem Eiter gefüllt, die im Mesenterium verlaufenden Venen schimmerten durch die seröse Fläche wie weisslichgelbe Stränge durch und waren zum grössten Theile mit flüssigem Eiter gefüllt, die Lymphdrüsen waren grösstentheils abscedirt, der Processus vermiformis war nach dem Mesenterium hin zurückgeschlagen und hier so fest mit der Umgebung einer vereiterten Lymphdrüse verwachsen, dass eine gehörige Trennung ohne Verletzung nicht möglich war. Es zeigte sich weder Pigmentirung, noch Geschwürsbildung an der Schleimhaut des Wurmfortsatzes. Ebensowenig war die Schleimhaut des Darmcanals an einer anderen Stelle erkrankt; der Magen zeigte keine Abweichung, die Gallenblase war stark angefüllt mit dunkel-schwärzlichgrüner, ziemlich flüssiger Galle. — Die Milz war bedeutend vergrössert, das Gewebe derselben weich. — Die Nieren zeigten keine Erkrankung.

III.

Embolie der Pfortader, von einem kleinen Peritonaealabscess in Folge von Perforation des Processus vermiformis ausgehend. Tod nach 33 Tagen.

Am 12. October 1860 wurde ein 21jähriger Handlungs-Commis ins Krankenhaus aufgenommen. Er war 14 Tage vorher mit einem Frostanfalle erkrankt und gleich darauf gelbsüchtig geworden; der Frost hatte sich seitdem, angeblich im Tertiantypus, wiederholt, der Appetit war geschwunden und der Kranke hatte Schmerzen in der Magengegend gehabt. Bei der Aufnahme zeigte sich ein mässig starker Icterus und eine merkliche Abmagerung; der Kranke fühlte sich schwach, hatte keinen Appetit, trägen Stuhlgang, dunkelgefärbten, gallenhaltigen Urin und zur Zeit der Aufnahme keine Fiebererscheinungen. Die Zunge war belegt und etwas trocken, der Leib war im Allgemeinen weich und nicht aufgetrieben, doch in der Lebergegend etwas resistent und beim Druck empfindlich, die Leber war vergrössert,

die Milz von normalem Umfange. Schon am Abend der Aufnahme bekam er einen Frostanfall; am Tage darauf folgten zwei Schüttelfröste wenige Stunden aufeinander, mit nachfolgender Hitze und Delirien. Nach einem Klystier war eine theils farblose, theis gallig gefärbte Entleerung erfolgt. Nach den Fieberanfällen kehrte vollständig freies Bewusstsein wieder, der Puls nahm wieder die normale Frequenz an und der Kranke klagte nur noch über die schmerzhafte Empfindung in der Lebergegend, über Appetitmangel und starken Durst. An den Lungen und dem Herzen war ebensowenig jetzt, als bei der Aufnahme eine Veränderung wahrzunehmen. Trotz fortwährenden Gebrauchs von Chinin erfolgten am 14. wieder zwei Frostanfälle, welche jedoch von geringerer Intensität waren und bei denen das Bewusstsein frei blieb, der Puls fiel nach denselben jedoch nicht wieder ganz auf die normale Frequenz, sondern blieb mässig beschleunigt; im übrigen Zustande zeigte sich keine Veränderung. Am 15. bemerkte man über dem linken Ventrikel ein systolisches Geräusch; es erfolgteu an diesem Tage wieder zwei Frostanfälle ohne Trübung des Bewusstseins. Der Stuhlgang war normal gefärbt, die icterischen Erscheinungen waren im Ganzen etwas geringer. Die Pulsfrequenz blieb von jetzt an auch in den Zwischenräumen zwischen den Frostanfällen beständig etwas vermehrt; der Kranke schwitzte viel, hatte durchaus keinen Appetit und starken Durst. Der Leib fing an sich meteoristisch aufzutreiben, die Hypochondrien, besonders aber das rechte, waren beim Druck empfindlich, die Zunge war fast beständig trocken, der Kranke collabirte sichtlich. Am 16. und 17. trat kein Frostanfall ein, dagegen am 18. Abends und von da an bis zum 26. täglich in unregelmässiger Folge. Das systolische Geräusch am linken Ventrikel wurde bis zum 24. fortwährend beobachtet, dann verschwand cs gänzlich. Vom 26. an trat kein neuer Frost ein, dagegen fieberte der Kranke nun anhaltend bei zunehmender Trübung des Bewusstseins und unwillkührlichen Entleerungen. Der Leib wurdc in seinem oberen Theile sehr empfindlich, er war aufgetrieben und gespannt es zeigte sich keine Anschwellung der Venen auf demsclben. Am 29. war dcr Icterus wieder etwas stärker, der Kranke erbrach nun häufig. Der Collapsus nahm immer zu und am 1. November früh Morgens erfolgte der Tod.

Bei der Section war der Körper abgemagert nicht stark icterisch gefärbt, die Muskeln waren von dunkelrother Farbc. An dcr inneren Fläche der dura Mater befanden sich einigc gallertähnliche Mcmbranen von geringem Umfange mit deutlichen klcinen Blutgcfässen. Untcr der wenig getrübten Arachnoidca war viel Scrum, dic pia Matcr und dic Hirnsubstanz waren nur mässig blutrcich, dic Ventrikcl enthicltcn wenig Wasscr, ihr Epcndym war ctwas fcst. — Im Herzcn fand man unbedeutendc Faserstoffgcrinnsel und dunkles Blut; dcr linkc Vcntrikcl

war etwas hypertrophisch und mässig erweitert, die Klappen zeigten keine Veränderung. — Die Lungen waren blass und wenig serös infiltrirt, in den unteren Lappen, vorzüglich rechts, waren einige Stellen luftleer, aber die Schnittfläche nur hie und da undeutlich granulirt. Nirgends fand sich ein embolischer Heerd. — Die Leber war stark vergrössert und zeigte auf der Oberfläche mehrere blauschwarz gefärbte, undeutlich umschriebene, mit gelben Flecken gesprenkelte Stellen, von denen eine auf dem oberen Rande beim Herausnehmen barst und eine schmutzig graue Jauche entleerte. Sowohl an den beschriebenen Stellen, als im Inneren der Leber befanden sich grössere und kleinere Eiterhöhlen, in deren Umgebung die Pfortaderäste erweitert und mit eitriger Flüssigkeit gefüllt waren. Der Pfortaderstamm und die Milzvene waren leer, aber an der Theilungsstelle befand sich ein röthlichweisser Pfropf, welcher beide abgehende Aeste ausfüllte und weiter oben in einen graugelben Brei zerfiel. Von der Vena mesenterica superior bis zur Coecalgegend liess sich ein zerfallener Thrombus verfolgen, welcher zu einem kleinen Jaucheheerde führte. Dieser communicirte mit dem an seiner Spitze durch Ulceration zerstörten Wurmfortsatze. In der Umgebung dieses Heerdes war das Coecum mit einer Schlinge des Ileum und dem unteren Ende der Flexura iliaca durch festes, schwärzlich gefärbtes Bindegewebe verwachsen. — In der wenig vergrösserten Milz, so wie in den Nieren, deren Rindensubstanz rothgelb gefärbt war, fanden sich keine embolischen Heerde. — Der Darmcanal zeigte keine weiteren bemerkenswerthen Abweichungen.

IV.

Embolie der Pfortader von einem Peritonaealabscess in Folge von Perforation des Processus vermiformis. Tod nach 31 Tagen.

Am 6. Mai 1862 wurde eine 22jährige Näherin aufgenommen. Sie war vor ungefähr 6 Wochen von einer Unterleibsentzündung befallen und konnte sich seitdem nicht wieder erholen, namentlich fehlte der Appetit und das Genossene wurde überdies häufig wieder ausgebrochen. Zuletzt hatte sich noch eine schmerzhafte Anschwellung des linken Beins hinzugesellt. Ihr Aussehen war sehr bleich, die Ernährung gleichwohl gut, die Muskelschwäche aber bedeutend. Der Leib war nicht schmerzhaft, die Kranke hatte etwas Druck in der Magengegend und erbrach häufig, namentlich wenn sie etwas genossen hatte. Das linke Bein war bis zur Hälfte ödematös geschwollen ohne Röthung der Haut, dabei war dasselbe sowohl von selbst, als auch beim Druck und bei Bewegung schmerzhaft. Die Kranke schlief wenig und fieberte mässig. In den nächsten Tagen nahm das Erbrechen etwas ab, es

zeigte sich Appetit, das Oedem des Beins verminderte sich, so auch der Schmerz in demselben; man konnte nun deutlich die Schenkelvene als einen festen Strang in der Tiefe fühlen. Der Versuch, die Kräfte jetzt durch milde Eisenpräparate zu heben, musste jedoch wieder aufgegeben werden, da das Erbrechen wieder stärker wurde, der Appetit wieder verschwand und Schmerz im Magen eintrat. Jetzt klagte die Kranke auch über Schmerz in der rechten Seite des unteren Theils des Leibes und man fühlte hier in der Tiefe eine feste Anschwellung, über welcher der Percussionston etwas gedämpft war. Die Anschwellung erstreckte sich in weniger deutlicher Weise bis in die Gegend der Leber. Gegen Ende des Monats Mai bildete sich unter Schmerz und Fiebererscheinungen eine Thrombose der rechten Schenkelvene aus, während die der linken in der Rückbildung war. Der Zustand der Kranken ward zu dieser Zeit noch jämmerlicher, als zuvor, die Farbe ward bleicher, die Ernährung nahm ab, da die Kranke wenig Nahrung zu sich nahm und häufig erbrach. Die Erscheinungen der umschriebenen Peritonitis der rechten Seite blieben unverändert. Jetzt stellten sich unregelmässige Frostanfälle und bald auch ein icterisches Colorit ein. Der Schmerz im Leibe war nicht intensiv, aber beständig vorhanden und meist auf die rechte Seite des Unterleibes beschränkt, die härtliche Anschwellung erstreckte sich mehr nach oben nach dem rechten Hypochondrium hin. Trotz der Verschlimmerung des Zustandes fühlte die Kranke sich besser. Die Anschwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Beins liess bald nach, doch blieb etwas Oedem beider Unterschenkel. In dieser Weise, unter unregelmässig und oft in grösseren Zwischenräumen eintretenden Frostanfällen, bei allmähliger Zunahme des Icterus schleppte sich der Zustand hin, am 19. Juni zeigte sich unter Zunahme der Leibschmerzen ein stärkerer Collapsus, auch fing die Kranke jetzt an, viel zu klagen und schlief, der anhaltendenden Schmerzen wegen, wenig. Am 28. Juni steigerten sich die Leibschmerzen plötzlich sehr heftig und sie starb am 29. früh Morgens.

Bei der Section zeigte sich der Körper sehr abgemagert, in seiner unteren Hälfte wassersüchtig angeschwollen, dabei icterisch gefärbt. Unter der Arachnoidea und in den Ventrikeln war wenig Serum, die pia Mater und die Hirnsubstanz waren blass, letztere von vermehrter Consistenz. — Beide Lungen waren frei beweglich, die unteren Lappen stark serös infiltrirt, auf der Oberfläche mit kleinen Ecchymosen bedeckt, die Schnittfläche war nirgends deutlich granulirt, das Gewebe aber an einzelnen Stellen luftleer. In verschiedenen Aesten der Lungenarterie fanden sich Blut- und Faserstoffgerinnungen, doch waren keine hämorrhagische oder fibrinöse Infarcte vorhanden; im Stamme der Lungenarterie war kein Gerinnsel. — Das Herz zeigte keine Ab-

weichung. — In der Bauchhöhle befand sich ein theils flüssiges, braungelbes, theils dickes, geronnenes, weiches, gelbes Exsudat, durch welches die Darmschlingen unter sich und mit der vorderen Wand des Bauchfells locker verklebt waren. An der Grenze zwischen rechtem und linken Leberlappen drang unter der Leber eine dickliche, missfarbige, mit Gallenniederschlägen vermischte Flüssigkeit hervor und es zeigte sich hier ein sinuöser Eiterheerd zwischen der unteren Fläche der Leber und der hinteren Magenwand, welcher sich zwischen die Blätter des grossen Netzcs und des Mesenterium hinein erstreckte. Nach längerer und genauerer Untersuchung stellte sich Folgendes heraus. Unter dem Coecum befand sich ein kleiner, umschriebener, älterer peritonitischer Heerd, mit schwärzlicher Färbung der Wandungen, welcher mit dem in seiner unteren Hälfte zerstörten Processus vermiformis in Verbindung stand. Von hier aus war das Coecum an einer Stelle deutlich vom Peritonaeum aus perforirt, ohne weitere Erkrankung der Schleimhaut. Man konnte von hier aus Verpfropfungen der Aeste der Vena mesenterica bis in die oben erwähnte sinuöse Abscesshöhle verfolgen. In der Milzvene befand sich ein flacher, wandständiger Thrombus, welcher sich gegen die Pfortader hin in den erwähnten Eiterheerd verlor. Die Pfortader sclbst war in diesem Heerde nicht mehr aufzufinden, ebenso fand man im Verlaufe ihrer Verzweigungen in der Leber grössere und kleinere Eiterheerde mit eitrigem Zerfall des Leberparenchyms. Die Gallengänge erschienen nicht erkrankt. In der zusammengefallenen Gallenblase fand sich dunkelgrüne, zähe Galle. — Die Milz war vergrössert und dunkelroth. — Die Nieren waren blass, sonst nicht verändert. — Im Douglasischen Raum war älteres und frischeres peritonitisches Exsudat mit deutlichen, älteren Blutgerinnseln. Die inneren Genitalien waren ohne Abnormität. — In der Vena cava inferior befand sich ein festes, plattes, nicht obturirendes, nach oben kegelförmiges Gerinnsel, welches sich in die verpfropften Venae iliacae fortsetzte.

V.

Embolie der Pfortader, durch einen umschriebenen Eiterheerd in der Umgebung des zerstörten Processus vermiformis bedingt. Tod nach 28 Tagen.

Am 22. Juni 1864 wurde ein 35jähriger Schneidergesell in das Krankenhaus aufgenommen, Er war früher angeblich nie ernstlich erkrankt gewesen, doch gab er auf genaues Befragen zu, dass er vor einem Vierteljahre einmal einen Tag über heftige Leibschmerzen mit leichten Fiebererscheinungen gehabt habe. Vor vier Wochen bekam

er wieder heftige Leibschmerzen mit Erbrechen und Fieberbewegungen, so dass er zwei Tage zu Bette blieb, doch verloren sich diese Erscheinungen von selbst, ohne ärztliche Behandlung. Er befand sich seitdem wieder wohl, bis er am 12. Juni gegen Abend plötzlich einen heftigen Fro stanfall bekam. Gleichzeitig stellte sich Leibschmerz, vorzüglich im Epigastrium, Appetitmangel und Uebelkeit ein, doch erfolgte kein Erbrecheu; alles Genossene verursachte Druck im Magen, bei tiefen Inspirationen entstand Schmerz in der Lebergegend. Der Urin ward dunkler und sparsamer; die dunkle Färbung steigerte sich in den nächsten Tagen, auch stellte sich allmählich eine icterische Hautfärbung ein, deren Beginn der Kranke jedoch nicht genau anzugeben wusste. Die Frostanfälle wiederholten sich täglich, das Allgemeinbefinden war stets schlecht, der Appetitmangel und der Druck im Epigastrium dauerten fort, der Schlaf war schlecht. Am 20. traten an einem Tage zwei Frostanfälle auf und seitdem wiederholte sich der Frost häufig und in ganz unregelmässiger Weise. Der Kranke war mässig abgemagert, die Haut und die Conjunctiva waren ziemlich stark gelb gefärbt, der Kräftezustand war noch ziemlich gut und der Kranke machte nicht den Eindruck eines tiefen Leidens. Der Leib war weder aufgetrieben, noch eingesunken, nicht gespannt, beim Druck nur in der rechten Seite des Epigastrium etwas empfindlich. Der Brustkorb machte in der Gegend des siebenten Rippenknorpels zu beiden Seiten, rechts jedoch auffallend stärker, eine tiefe Einbiegung, welche schon von Kindheit her bestand. Die Leberdämpfung begann etwa zwei Finger breit unter der Brustwarze und reichte nicht über den Rippenrand nach abwärts, nach links ging sie in die Milzdämpfung über; diese war grösser als normal und erstreckte sich ziemlich weit nach hinten. Die Coecalgegend liess bei der sorgfältigsten Untersuchung nicht die geringste Veränderung wahrnehmen. Der Kranke hatte beständig etwas Uebelkeit, erbrach aber nicht, der Appetit fehlte, der Durst war stark, der Stuhlgang etwas träge, nach einem Klystier ging wenig, deutlich gallig gefärbter Koth ab; der Urin war gallenhaltig, doch weit weniger dunkel, als gewöhnlich bei Icterus, die microscopische Untersuchung desselben liess keine abnormen Bestandtheile erkennen. Bald nach der Aufnahme trat ein heftiger Frostanfall ein, welchem Hitze und Schweiss folgten; in der Nacht wiederholte sich derselbe. Die Anfälle kehrten trotz Chiningebrauches während des Aufenthaltes im Krankenhause beständig und in ganz unregelmässigem Typus wieder; bisweilen fehlte der Frost, obwohl der Fieberanfall durch den Thermometer deutlich nachweisbar war. Zwischen den Anfällen sank die Tempcratur anfangs ganz auf die Norm herab, später blieb sie anhaltend um etwas erhöht, steigerte sich jedoch anfallsweise bedeutend. Der Icterus ward allmählig immer

etwas stärker; die Stuhlausleerung war jedoch stets gallig gefärbt und der Urin nie sehr dunkel, der Appetit fehlte ganz, die Zunge war braun und trocken, der Durst vermehrt. Der Leib war immer nur in geringem Grade in dem Epigastrium gegen Druck empfindlich, die Dämpfung bei der Percussion in der Leber- und Milzgegend blieb ohne Veränderung, später nahm sie etwas ab. Der Leib fing zuletzt an etwas aufzutreiben und enthielt eine geringe Menge frei beweglichen Exsudates. Der Kranke schien anfangs durch die Krankheit wenig afficirt zu werden, selbst über die Beschwerden während der Fieberanfälle klagte er wenig. Anfangs Juli nahmen die Kräfte indessen deutlich ab, der Kranke ward dabei allmählich etwas betäubt. Endlich stellte sich zunehmender Sopor mit unwillkührlichen Ausleerungen ein; der Tod erfolgte erst am 10. Juli. Während der letzten Tage erhob sich die Temperatur während der Frostanfälle nur auf 31,4° R., früher war sie dabei mehrmals bedeutend über 33° gestiegen. Die Pulsfrequenz war im Anfange nur gering, später steigerte sie sich allmählich und nahm in den letzten Lebenstagen sehr zu. Die Respiration zeigte sich nur ausnahmsweise und vorübergehend beschleunigt.

Bei der Section zeigte sich der Körper abgemagert und stark icterisch gefärbt. Der Schädel war ziemlich dick; die dura Mater war gelb; unter der Arachnoidea befand sich ziemlich viel, nicht gefärbtes Serum; die Ventrikel waren von gewöhnlicher Weite und enthielten eine mässige Menge von ebenfalls nicht gelblich gefärbtem Wasser; die Gehirnsubstanz war ziemlich blutreich. — An der Spitze der linken Lunge war eine nicht umfängliche, schwielige Verdichtung, welche einen fettigen, kreidigen Brei einschloss, die Lunge war hier mit der Rippenpleura verwachsen; weiter unten fand sich dicht unter der Lungenpleura eine mit schwarzem Pigment umgebene, rundliche, kreidige Ablagerung. Sonst liessen die Lungen, mit Ausnahme einer starken, serösen Infiltration des rechten unteren Lappens nichts Abweichendes wahrnehmen. — Am Herzen war keine bemerkenswerthe Veränderung, das Herzfleisch war blass, aber fest. — In der Bauchhöhle befand sich eine mässige Menge braungelber, wässeriger Flüssigkeit. Die schon erwähnte Einbiegung des Thorax in der Gegend des siebenten Rippenknorpels hatte einen tiefen Eindruck in der Leber, dicht oberhalb der Gallenblase verursacht, ohne dass hier jedoch die Serosa eine Veränderung zeigte. Die Leber war nach hinten und oben gedrängt, im Längsdurchmesser etwas verkürzt, daher mehr walzenförmig. Auf dem rechten Lappen bemerkte man eine grosse Menge kleiner Eiterheerde durch die Serosa durchschimmernd; zwischen Leber und Zwerchfell war eine dünne, weiche, gelbliche Exsudatschicht. Die

Milz war mässig vergrössert, schmutzigroth und mürbe, ihre Serosa war an einzelnen Stellen uneben und knorplig verdickt, ausserdem in grossem Umfange mit dem Zwerchfell durch maschiges Zellgewebe verbunden. Die Milzvene war ganz frei, in der Pfortader befand sich ein die Wandung auskleidendes, missfarbiges Fibringerinnsel, in dessen Lumen war eine graugelbe, eiterähnliche Flüssigkeit; die Aeste der Pfortader in der Leber waren ebenfalls mit zerfallenden Fibringerinnseln erfüllt, ihre Wandungen graublau gefärbt, die Lichtung erweitert, um die kleineren Aeste herum war das anliegende Leberparenchym vereitert. Hierdurch entstanden kleinere und grössere Eiterheerde, welche vorzüglich im rechten Lappen sehr zahlreich waren. Ein solcher Eiterheerd reichte bis an die rechte Seite der durchtretenden Vena cava; diese war hier an einer nicht umfänglichen Stelle mit Fibrinniederschlägen auf ihrer inneren Fläche bedeckt. Das Lebergewebe war sonst von grünlichgelber, dunkler Färbung und etwas schlaff und weich. — Im Mesenterium erstreckte sich von der Leberpforte nach dem Coecum hin eine strangförmige verdickte Anschwellung; es zeigte sich bei näherer Untersuchung, dass ein hier gelegener Ast der Vena mesenterica superior erweitert, in schwieligem Zellgewebe eingebettet und an seiner Innenfläche mit zerfallener Thrombusmasse bedeckt war. Das Gefäss endete mit gleichem Caliber nahe beim Coecum in unmittelbarer Nähe eines kleinen, umschriebenen peritonitischen Heerdes, die Venenwandung war etwas oberhalb desselben mit jauchig zerfallenem Zellgewebe umgeben und an einer Stelle perforirt. Der peritonitische Heerd lag an der inneren und unteren Fläche des mässig beweglichen Coecums; hier war das Peritonaeum schwärzlich gefärbt und zerriss bei leiser Berührung. Der Wurmfortsatz war in seiner grössten Ausdehnung zerstört, so dass nur noch ein kurzes Stück desselben mit dem Coecum in Verbindung war; der Theil des Coecum, von dem er [seinen Ursprung nimmt war mit dem nahegelegenen Theil des Ileum durch schwieliges Exsudat verklebt. Ein von der erwähnten Vene nach links abgehender kleiner Ast zeigte eine kleine Strecke weit dieselbe Veränderung wie der grössere. — Der Magen und Darmcanal bot sonst ebensowenig wie die Nieren eine bemerkenswerthe Abweichung dar.

VI.

Embolie der Pfortader von einer vereiterten Lymphdrüse in der Nähe des Coecum im Verlaufe von Abdominaltyphus ausgehend. Tod nach 12 Tagen.

Am 28. Juni 1862 kam ein 26jähriger Bäckergesell ins Krankenhaus. Er war vor acht Tagen mit Fiebererscheinungen erkrankt und

bot alle Erscheinungen des Abdominaltyphus dar. Das Ficber war in den ersten Tagen stark, es war zugleich cin starker Bronchialcatarrh mit rostbrauncm Auswurfe vorhanden. Vom 7. Juli ab mässigte sich das Fieber etwas, doch blicb der Kranke noch immer leidend, hustete fortwährend sehr viel und war sehr muskclschwach. Am 20. nnd 21. zeigte das Ficber bedeutende Remissionen am Morgen, an den folgenden Tagen verschwand es ganz. Am 25. Abends trat plötzlich ein starker Frostanfall ein, dem am nächsten Morgen früh ein zweiter folgte. Es zeigte sich auf dem Kreuzbcin eine sehr kleine Hautabschürfung vom Durchliegen und im Zellgewebe darunter ein Abscess, der mit einer kleinen Oeffnung die Haut durchbohrt hatte. Es lag die Vermuthung nahe, dass von hier aus eine Embolie, muthmasslich in die Lunge, stattgefunden habc. Es erfolgte in den nächsten Tagen kein Frost wieder, doch zeigte das Thermometer am 27. noch eine mässige Temperaturerhöhung. Am 28. war Morgens keine Fiebererscheinung vorhanden, dagegen stieg das Thermometer am Nachmittage auf 32,1°, sank aber nach wenigen Stunden wieder auf 30,9°. Am 29. früh war die Temperatur normal. Um Mittag stellte sich wieder ein Schüttelfrost ein mit Erhöhung der Temperatur auf 32,2°, gegen Abend sank sie auf 30,2°. Das Allgemeinbefinden hatte seit dem Eintritt des ersten Schüttelfrostes keine wesentliche Veränderung gezeigt, nur war der schon lebhaft gewesene Appetit verschwunden; der Kranke hustete wenig und bot keine directen Zeichen dar, aus denen man auf eine Embolie in die Lunge schliessen konnte; der Schlaf war ziemlich gut, der Stuhlgang träge. Die Abscesshöhle auf dem Kreuzbein war gespalten und heilte langsam. Am 30. und 31. war durchaus keine Temperaturerhöhung zu bemerken, in den beiden folgenden Tagen zeigte sich eine Steigerung auf 30,2° bis 30,5°. Am Abend des 2. August klagte der Kranke zuerst über Schmerz in der Coecalgegend, ohne dass man hier eine Veränderung der Beschaffenheit des Leibes wahrnehmen konnte. Obwohl dieses schmerzhafte Gefühl anhielt und sich allmählig eine grössere Resistenz beim Druck in dieser Gegend ausbildete, so zeigte sich doch bis zum Abend des 7. August keine wesentliche Veränderung der Temperatur. Der Appetit fehte ganz, der Stuhlgang war träge, der Husten mässig. Am 7. Abends stieg die Temperatur auf 31,5°, am Morgen des 8. ganz früh erfolgte ein Schüttelfrost mit bedcutender Temperaturerhöhung. Der Schmerz in der rechten Seite des Leibes war sehr vermehrt, so dass der Druck der Kataplasmen nicht vertragen wurde, es zeigte sich vom Coecum aufwärts bis zur Lebergegend hin eine grössere Resistenz des Leibes und gedämpfter Ton bei der Percussion. Die Temperatur sank am Vormittage wieder, um sich gegen Mittag bei einem neuen Schüttelfroste von Neuem bedeutend zu erheben; am

Abend erfolgte ein dritter Schüttelfrost. Von nun an folgten sich die Schüttelfröste in ganz unregelmässiger Weise ziemlich rasch. Der Kranke hatte beständig Schmerz in der rechten Seite des Leibes bis zum Epigastrium hinauf, war aber nicht icterisch. Die Kräfte sanken bedeutend; gleichwohl lebte der Kranke noch bis zum 20. August. Vier Tage vor dem Tode stellte sich galliges Erbrechen ein, was sich seitdem öfter wiederholte.

Bei der ziemlich früh nach dem Tode gemachten Section fand man die Haut schmutzig-gelblich, aber nicht icterisch gefärbt, die Farbe der Muskeln war nicht abnorm. — Die Arachnoidea war wenig getrübt, unter derselben und in den Ventrikeln befand sich wenig Serum. Das Gehirn war blutarm. — Der Kehlkopf war nicht erkrankt. Auf dem linken unteren Lungenlappen befand sich ein dünner, gelber, weicher, membranöser Niederschlag, ohne flüssiges Exsudat in der Pleurahöhle. Beide Lungen waren nach hinten und unten blutreich und serös infiltrirt, doch ohne Verdichtung des Gewebes und ohne Abscessbildung. — Am Herzen war keine krankhafte Veränderung. — In der Bauchhöhle fand man die Gedärme der Bauchwand dicht anliegend, doch nicht verklebt, mit Ausnahme der Coecalgegend, wo ein dickes, gelbes, weiches Exsudat befindlich war. Die Leber war von gewöhnlicher Grösse und von blasser, schmutzigbrauner Farbe. An mehreren Stellen fanden sich in derselben unregelmässige Eiterheerde, welche mit Aesten der Pfortader in unmittelbarer Verbindung standen. Letztere waren theilweise zerfallen und mit eitriger Flüssigkeit erfüllt. Im Stamme der Pfortader, an der Eintrittsstelle der Vena mesenterica superior befand sich ein wandständiger Thrombus, welcher sich in der Vena mesenterica bis zur Coecalgegend verfolgen liess. Er war theilweise eitrig zerfallen und ging unterhalb jener Stelle in ein gewöhnliches Blutgerinnsel über. An dieser Uebergangsstelle, welche der Einmündung eines Venenastes entsprach, befand sich ein kleines Loch in der Venenwand, welches zu einen Jaucheheerd zwischen den Blättern des Mesenterium führte. Im unteren Theile des Ileum bis zur Coecalklappe und im Processus vermiformis fanden sich vernarbte, schwärzlichgrau gefärbte Geschwüre, aber nirgends eine Perforation oder sinuöse Gänge in der Darmwandung; es war auch bei sorgfältiger Untersuchung kein Zusammenhang zwischen dem Darme und dem Eiterheerd im Mesenterium zu finden. — Die Milz war etwas vergrössert, blass und schlaff; die Nieren zeigten keine wesentliche Veränderung.

VII.

Thrombose der Pfortader; Darmblutung und Ascites; Lebercirrhose.

Ein 24jähriges, schwächlich aussehendes Dienstmädchen wurde am 26. Juni 1845 ins Krankenhaus aufgenommen. Sie gab an, bis zum Mai des vorherigen Jahres stets gesund gewesen zu sein, damals bekam sie, nach Aussage ihres Arztes, eine vom rechten Eierstocke ausgehende Peritonitis, welche sich nach einer antiphlogistischen Behandlung verlor. Sie war seit der Zeit ziemlich wohl, bis sie vier Wochen vor der Aufnahme Ascites bekam, welcher sie veranlasste ins Krankenhaus zu gehen. Der Appetit war gut, der Stuhlgang regelmässig, es war kein Fieber vorhanden. Der Leib war beim Druck nicht schmerzhaft, aber spontan war eine brennende Empfindung im Leibe zugegen; eine Eierstocksgeschwulst war nicht zu entdecken. Die Menstruation fehlte schon von einiger Zeit vor dem Anfalle her. — Nach bald vorübergehender geringer Abnahme der Anschwellung bei vermehrter Diurese, nahm der Umfang des Leibes bei allmählig stärkeren Leibschmerzen wieder nach und nach zu und der Zustand der Kranken verschlimmerte sich, trotz einzelner, besserer Perioden, immer mehr. Am 22. August Abends trat stärkerer Collapsus mit Beklemmung und Druck in der Herzgrube ein, und bald darauf erfolgte ein sehr heftiges Blutbrechen und bluthaltiger Durchfall. Die Kranke war hierdurch sehr anämisch und äusserst schwach geworden. Die Blutung wiederholte sich in der zweiten Nacht darauf noch einmal; die Erschöpfung nahm seitdem rasch zu und am Abend des 28. August erfolgte der Tod.

Bei der Section war das Gehirn blutleer, sonst nicht verändert. — Die Lungen und das Herz zeigten ebensowenig eine krankhafte Veränderung. — In der Bauchhöhle befand sich eine beträchtliche Menge wässeriger Flüssigkeit. — Die Leber war bedeutend vergrössert, namentlich der rechte Lappen. Die Oberfläche war granulirt und von gelbröthlicher Farbe; die Consistenz war sehr vermehrt. Auf der Schnittfläche zeigte sich theils eine schwielige Verdichtung und Hypertrophie des Zellgewebes, theils dazwischenliegende gelbe Reste der Lebersubstanz, theils bemerkte man hiervon deutlich zu unterscheidende gelbe, käsige Massen, einem durch Gallenfarbstoff gefärbten Fibringerinnsel ähnlich. Diese Veränderung fand sich nur im rechten Lappen, während der linke nur die Hypertrophie des Zellgewebes

bemerken liess und ein blasses Parenchym hatte. Die Pfortader war ganz mit derselben gelben, dem zerfallenen Faserstoff ähnllchen Substanz verstopft, wie sie sich an einzelnen Stellen am rechten Lappen gezeigt hatte. In dem zur Milz abgehenden Aste befand sich ein der einen Seite der Wand fest anhängendes rothes Gerinnsel. Die Milz war sehr gross und fest, dabei gleichmässig dunkel gefärbt. — Die Nieren hatten eine blasse Rindensubstanz, waren aber nicht krankhaft verändert. — Magen und Darmcanal waren von Gas stark ausgedehnt und enthielten schwärzliche, mit Blutgerinnseln vermischte Massen. An der Schleimhaut des Oesophagus waren ausgedehnte Gefässe zu erkennen und es zeigte sich ein streifenartiges, croupöses Exsudat. (Höchst wahrscheinlich beruht dieser Befund jedoch auf einer unrichtigen Auffassung einer an dieser Stelle ganz gewöhnlichen cadaverösen Erscheinung.) Der Uterus und die Ovarien waren nicht erkrankt.

Der Sectionsbefund erwähnt keiner Veränderung, welche sich auf die im Mai des vorhergehenden Jahres von dem Arzte vermuthete Entzündung des rechten Eierstocks beziehen liess; der Zerfall der Thromben deutet anderseits auf ein längeres Bestehen derselben. Es drängt sich hier die Vermuthung auf, ob nicht bei genauer Nachforschung sich vielleicht auch hier ein kleiner Peritonäalabscess um den Processus vermiformis, oder die Ueberreste eines solchen gefunden haben würde, von welchem aus die Thrombose der Pfortader ihren Ausgang genommen hätte. Es is jedenfalls in dieser Beziehung auffallend, dass bei der Kranken etwa ein Jahr vor dem Tode eine umschriebene Entzündung in der rechten unteren Bauchgegend vorhanden gewesen war und dass sich die Thromben nur im rechten Leberlappen fanden, während sich die Structurerkrankung der Leber auch im linken Lappen fand. Aehnliche Bedenken über die Entstehung der Thrombose in Folge der Lebercirrhose bietet der folgende Fall.

VIII.

Thrombose der Pfortader; Darmblutung und Ascites; Lebercirrhose.

Am 15. August 1844 wurde ein 53jähriger Arbeitmann in das Krankenhaus aufgenommen. Er gab an, dass er seit etwa 9 Monaten öfter an einem Gefühle von Spannung und Schmerz im rechten Hypochondrium gelitten habe; vor etwa 10 Wochen bemerkte er eine deutliche Anschwellung des Leibes mit Zunahme der Beschwerden.

Er erhielt damals Schröpfköpfe und grosse Vesicatore, worauf sich die Anschwellung und die Beschwerden verminderten. Acht Tage vor der Aufnahme schwoll der Leib wieder mehr an, gleichzeitig stellte sich Blutbrechen und Blutabgang mit dem Stuhlgange ein. Das Aussehen des Kranken war nicht cachectisch, der Appetit ziemlich gut, die Stuhlausleerungen waren unregelmässig und meist flüssig; die Organe der Brusthöhle zeigten keine Veränderung, der Urin war sparsam und dunkel. Der Leib war ziemlich stark geschwollen und gespannt, dabei deutlich fluctuirend, die Hautvenen auf dem Bauche waren stark entwickelt, die epigastrische Gegend vorgewölbt, bei der Percussion von tympanitischem Ton; die Auftreibung des Leibes war sonst gleichmässig und es war keine Geschwulst in der Tiefe wahrzunehmen, die Beine waren ödematös geschwollen. — Beim Gebrauche von Kali aceticum ward anfangs der Urin heller und gleichmässiger, die Anschwellung des Leibes nahm aber nicht ab. Am 19. trat von Neuem Blutbrechen und Blutentleerung mit dem Stuhlgange ein, gleichzeitig verlor sich der bis dahin gute Appetit und der Urin ward wieder dunkler. Bei fortdauernder Anschwellung des Leibes und bei zunehmendem Oedem der unteren Körperhälfte bildete sich ein schleichendes Fieber aus; die Zunge war braun und trocken, der Stuhlgang häufig und flüssig, der Kranke hatte beständig grosse Spannung und schmerzhafte Empfindungen im Leibe. In diesen Symptomen zeigte sich im weiteren Verlaufe wenig Abwechslung, nur war das Befinden bisweilen besser und der Durchfall verschwand vorübergehend, auch liessen zeitweilig die Leibschmerzen nach, die Anschwellung des Leibes und die Hautwassersucht verminderten sich dagegen durchaus nicht. Von Zeit zu Zeit wiederholte sich die Blutentleerung aus dem Magen und dem Darmcanale, das Blut war in der Regel von schwärzlicher Farbe. Zu Anfang des Monats October verfielen die Kräfte sichtlich, der Kranke ward schlummersüchtig und hatte unwillkührliche Ausleerungen; dann trat wieder eine Besserung des Zustandes ein und der Kranke erholte sich etwas; in der letzten Hälfte des October sanken die Kräfte bei wiederholtem Blutbrechen wieder mehr, der Kranke verlor das Bewusstsein vollkommen bei zunehmender Blutleere und einem schwächer werdenden Pulse. Weder die anfangs eingeleitete Behandlung mit kleinen Gaben Calomel und Opium, noch der später verordnete Gebrauch von schwefelsaurem Eisen zeigten irgend einen Nutzen. Der Tod erfolgte am 20. October.

Bei der Section fand man die Arachnoidea getrübt; unter derselben wässeriges Exsudat, die pia Mater und die Hirnsubstanz blass, die Seitenventrikel mit Wasser erfüllt. — In beiden Pleurasäcken war eine Ansammlung wässeriger Flüssigkeit, die Lungen waren blass, serös infiltrirt, sonst nicht verändert. — Das Herz war schlaff, enthielt

wenig flüssiges Blut und zeigte keine krankhafte Veränderung. — In der Bauchhöhle war eine starke Ansammlung klarer, schwach gelblicher Flüssigkeit, ohne Veränderung des Bauchfells. Die Leber war blass braun, klein, ihre Oberfläche höckerig, die Ränder dünn und scharf, die Gallenblase war mit wässeriger, gelbgrüner Galle gefüllt. In der Pfortader zeigte sich ein wandständiges, mit der Gefässwand fest verbundenes, grösstentheils aus entfärbtem Faserstoff bestehendes 'erinnsel, welches nur an der rechten Seite des Gefässes vorhanden .var. Die Gefässscheide war auch nur an dieser Seite verdickt. Die Gerinnung erstreckte sich in mehrere Verzweigungen der Vena mesenterica, war aber auch hier stets nur an der rechten Seite der Gefässwand. Nach der Theilung der Pfortader blieb der linke Ast ganz frei, der rechte und seine Verzweigungen zeigten sich theilweise ganz durch Gerinnsel verstopft. — In der Vena cava und den übrigen grossen Gefässen des Unterleibes waren keine Gerinnsel. — Die Milz war etwas vergrössert, blass und weich, die Nieren ebenfalls etwas vergrössert, von glatter Oberfläche und blass, aber ohne merkliche Structurveränderung. — Der Magen war zusammengezogen, die Schleimhaut war weder geröthet, noch zeigte sie Erosionen, Geschwüre oder Narben. Ebensowenig war an der Schleimhaut des Darmcanals eine krankhafte Veränderung. — Das Pancreas war nicht erkrankt.

In diesem Falle ist die Thrombose, welche sich in den Aesten der Vena mesenterica und zwar stets an der rechten Seite der Wandung fand, geeignet, einen Zweifel zu erregen, ob diese sich von der Leber her bis hierhinab verbreitet habe oder ob umgekehrt vielleicht die Thrombose in den Mesenterialvenen begonnen habe und nach der Leber hinaufgestiegen sei. Es giebt freilich weder die Anamnese noch der Sectionsbefund hier einen Anhaltspunct, aber es ist wohl möglich dass bei genauerer Nachforschung sich ein solcher gefunden haben könnte; im Jahre 1844 konnte eine derartige Lücke in der Beobachtung leicht entstehen, weil man zu dieser Zeit mit den hier in Betracht kommenden Verhältnissen noch nicht gehörig vertraut war.

Die Diagnose der Pfortaderthrombose kann aus ihren consecutiven Erscheinungen nur dann gestellt werden, wenn sich zugleich ein Ausgangspunct für die Thrombose deutlich nachweisen lässt, denn die Erscheinungen der Lebervereiterung so wenig, als die des Ascites und der Darmblutung können an sich die Diagnose der Embolie oder Thrombose der Pfortader rechtfertigen, da sie

auch ohne letztere entstehen können. In wie fern unregelmässige Schüttelfröste mit der Embolie als solcher in unmittelbarer Beziehung stehen, oder nur der Eiterbildung angehören ist noch nicht genau festgestellt; aber auch bei Annahme einer solchen könnte in einem Falle, wo Icterus mit unregelmässigen Frostanfällen zusammentrifft noch immer Zweifel bestehen, in welchem Gefässbezirke der Leber man die Embolie suchen sollte. In dem sechsten oben mitgetheilten Falle waren sowohl für das Gebiet der Vena cava als das der Pfortader Ausgangspuncte vorhanden, von denen aus eine Embolie entstehen konnte; hier machte sich indessen der Weg, den die Thrombose gegangen war, bald durch die schmerzhafte Spannung vom Coecum bis zur Leberpforte bemerklich und ermöglichte dadurch die richtige Diagnose. Einen so deutlichen Hinweis auf den richtigen Ausgangspunct hat man nicht immer, indessen gelingt es oft, bei genauem Nachfragen wenigstens einen Anknüpfungspunct für die Diagnose zu gewinnen. Dies gelang z. B. in dem fünften der mitgetheilten Fälle, doch fand sich kein örtliches Symptom eines umschriebenen peritonitischen Heerdes und bei der Section wagten wir anfangs kaum zu glauben, dass die kleine schwärzlich gefärbte Stelle an der Verbindung zwischen Ileum und Coecum wirklich den Heerd anzeige, von welchem aus die Thrombose ausgegangen sei, zumal da das Coecum sonst frei war. —

Wenn sich eine deutliche Lebererkrankung mit Ascites und Blutentleerung aus Magen und Darmcanal complicirt, so muss immer an die Möglichkeit einer Thrombose der Pfortader gedacht werden, zumal wenn man andere Quellen der Blutentleerung mit Wahrscheinlichkeit ausschliesen kann, aber über eine einfache Vermuthung wird man nicht hinauskommen können. Es ist in dieser Beziehung in Erinnerung zu behalten, dass die Leber selbst bei starker interstitieller Bindegewebswucherung nicht immer geschrumpft, sondern, wie der achte Fall beweist, bisweilen sogar vergrössert gefunden wird.

Leider ist über die Therapie der Thrombose der Pfortader nichts zu sagen, da diese sich jeder Kunsthülfe entzieht.

Druck von Pontt & v. Döhren in Hamburg.